

令和元年度 老人保健事業推進費等補助金

老人保健健康増進等事業

地域包括ケアシステムにおける薬剤師の在宅業務の

在り方に関する調査研究事業

－報告書－

株式会社 野村総合研究所

令和 2(2020)年 3 月

目次

第1章 本調査研究の背景・目的及び手法	2
1. 背景・目的.....	3
2. 調査手法	5
第2章 地域包括ケアシステムにおける 薬剤師の在宅業務の在り方に関する アンケート調査	9
1. 調査手法	10
2. 調査結果と考察.....	16
第3章 好取組事例へのヒアリング調査.....	123
0. ヒアリング調査の概要.....	124
1. 水島薬局 6条店	128
2. あおば調剤薬局本町店	134
3. イイジマ薬局	137
4. 三豊総合病院	142
5. 福山市民病院	151
6. 株式会社ファーマシィ春日在宅ケア薬局店	155
7. ヤマザワ調剤薬局東鹿島店	161
8. 御代の台薬局音羽店	165
第4章 総括.....	169
1. 総括.....	170
参考資料 アンケート調査票.....	179

第1章

本調査研究の背景・目的及び手法

1. 背景・目的

1-1 本調査研究の背景

我が国では、高齢化に伴う医療・介護需要の量的かつ質的变化に対し、限りある医療・介護資源を有効活用したケアの提供が求められている。これを背景とし、各医療・介護機能が分化・連携しつつ、在宅等住み慣れた地域の中で患者や高齢者の生活を支える「地域包括ケアシステム」の構築が目指されている。そうした在宅医療・介護連携を推進していく中でも、「医療・介護・保健・福祉」のすべての側面に関わる薬剤師への期待は大きい。

また、医療関連法規に目を向けると、2019年3月には医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律の改正案について閣議決定がなされる等、薬剤師の役割を拡大する方針が明らかになっている。ここでは、薬剤師の担うべき役割が明確に示され、服用期間中のフォローアップを義務付けるほか、入退院時の医療機関との情報連携や、在宅医療などに一元的・継続的に対応する薬局を「地域連携薬局」として認定するなど、地域や多職種間での連携の中で、重複投薬や相互作用を確認し医薬品の適正使用を推進するという役割が拡大しつつあると言える。

薬剤師がより積極的に地域包括ケアシステムに関わり在宅医療の推進を図る上で、現状における薬剤師の在宅業務の実態を明らかにすることは重要である。そのため、薬剤師が在宅業務として担うべき業務の詳細な内容やその方法等の実態を具体的に把握するとともに、現状の課題を明らかにし、その乗り越え方を検討する意義は大きい。

1-2 本調査研究の目的

このような問題意識に鑑み、本調査研究では全国の医療機関（病院の薬剤部・診療所等）・薬局・特別養護老人ホームを対象として、高齢者施設を含む在宅療養患者や高齢者に対しての、薬剤師による在宅業務の実施状況や、詳細な業務内容、実施における課題等についてアンケート調査を実施し、その実態把握を目指した。また、薬剤師による在宅業務を実施していない医療機関・薬局・特別養護老人ホームについては、実施していない理由や実施を阻害する要因等について詳細に調査することとした。

また、実施状況を踏まえ、在宅医療に積極的に関与している医療機関・薬局・特別養護老人ホームや、効果的な取り組みを行っている医療機関・薬局・特別養護老人ホームを複数抽出し、ヒアリング調査を実施した。ヒアリング調査では、取組の詳細や、これまで直面した課題とその乗り越え方などを調査すると同時に、これらの調査結果を基にして目指すべき薬剤師の在宅業務のあり方を検討した。

併せて、多職種を代表する有識者や在宅業務に従事する薬剤師を集めた検討会を開催し、薬剤師による在宅業務を含む在宅医療の現状と課題や、薬局以外の在宅医療関連団体からの薬剤師への期待を抽出した。

これらをもとに、現在在宅業務に取り組んでいる医療機関・薬局・特別養護老人ホームが薬剤師による在宅業務を更に充実させるために、また現在在宅業務を実施できていない医療機関・薬局・特別養護老人ホームが今後在宅業務の実施を開始する際の要諦や課題の克服に向け、参考となる報告書を取りまとめることを、本調査研究の目的とした。

なお、本調査研究における薬剤師の在宅業務は、下記に示す定義に従っている。実際の業務としては、下記の「薬剤師の在宅業務例」に示すような業務を総称して薬剤師の在宅業務として呼称している。

薬剤師の在宅業務の定義

在宅患者への最適かつ効率的で安全・安心な薬物療法の提供

薬剤師の在宅業務例

- ・ 医薬品の供給(調剤した薬剤の配達)
- ・ 薬剤服用歴の管理
- ・ 薬剤の施設内保管場所への配置
- ・ 薬剤のセッティング(配薬カート、カレンダー等)
- ・ 患者(利用者)のベッドサイドへの配薬
- ・ 患者(利用者)・家族に対しての薬剤の保管・管理に関する指導
- ・ 施設職員に対しての薬剤の保管・管理に関する指導
- ・ 服用方法・副作用、生活上の注意に関する指導
- ・ 使用薬剤の有効性・安全性に関するモニタリング
- ・ 薬剤の重複投与、相互作用等の回避
- ・ 副作用の早期発見
- ・ ADL, QOL 等に及ぼす使用薬剤の影響確認
- ・ 使用薬剤、用法・用量等に関する医師等への照会
- ・ 医師の診察への同行
- ・ 患者(利用者)の状態に応じた医師への処方提案
- ・ 新規入所者の持参薬の確認
- ・ 麻薬製剤の管理および疼痛管理とその評価
- ・ 服薬状況の確認
- ・ 残薬の確認
- ・ 患者(利用者)の住環境等を衛生的に保つための指導・助言
- ・ 医療材料の供給
- ・ 介護用品、福祉用具の供給・相談応需
- ・ 不要薬剤の廃棄処理、廃棄に関する指導等

2. 調査手法

2-1 調査手法

(1) 検討会の開催

地域包括ケアシステムは、高齢者や患者が住み慣れた地域で療養できるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されることを目指すものである。すなわち、地域包括ケアシステムの実現には、医療・介護等に関わる医療従事者がそれぞれの専門性を持ち寄り連携しあうことが求められる。薬剤師による在宅業務は地域包括ケアシステムに提供されるべき専門性のひとつであり、薬剤師と他の職種との連携（多職種連携）は地域包括ケアシステムにおける在宅医療に重要な役割を果たす。このため、薬剤師による在宅業務の充実にあたっては、多職種連携や他の職種からの期待に応えられるような薬学的専門性の発揮が奏功ポイントのひとつとなりうる。

本調査研究では、上述の多職種連携の観点等も踏まえ、本事業がより効果的に地域包括ケアシステムにおける薬剤師の在宅業務の推進に資するよう、在宅業務に取組もうとする薬剤師が参考としやすい調査研究報告書を作りまとめるべく、実際に在宅業務に従事する薬剤師や他の職種で構成される「地域包括ケアシステムにおける薬剤師の在宅業務の在り方に関する検討会」を設置し、議論を行った。

本検討会では、下記を論点とした上で議論を行った。

<開催日程および論点>

回数	日程	論点・議題
第1回	2019年8月2日	<ul style="list-style-type: none">在宅業務の現状と課題（取組み内容、効果、享受できるメリット）在宅業務を実施できている薬局・医療機関の定義とその特長在宅業務の奏功ポイント・要諦アンケートの設計や内容の妥当性の検討ヒアリングで調査すべき内容（実施先・内容）
第2回	2019年10月10日	<ul style="list-style-type: none">アンケート調査の結果報告在宅業務の現状と課題在宅業務を実施できている薬局・医療機関の特長在宅業務の奏功ポイント・要諦ヒアリングの実施先や内容の妥当性の検討
第3回	2019年12月19日	<ul style="list-style-type: none">ヒアリングの結果報告在宅業務の現状と課題在宅業務の奏功ポイント・要諦在宅業務の充実にむけた提言

**地域包括ケアシステムにおける薬剤師の在宅業務の在り方に関する検討会
委員名簿**

<委員> ※敬称略

座長	赤池 昭紀	公立大学法人和歌山県立医科大学 客員教授 京都大学 名誉教授
	鈴木 邦彦	公益社団法人日本医師会推薦（茨城県医師会理事） 医療法人博仁会 志村大宮病院理事長・院長
	吉田 力久	公益社団法人日本薬剤師会 常務理事
	筒井 由佳	一般社団法人日本病院薬剤師会 療養病床委員会委員長
	孫 尚孝	一般社団法人日本保険薬局協会
	高橋 良平	一般社団法人日本保険薬局協会
	安西 恵梨子	公益社団法人日本看護協会 看護開発部 教育制度課 看護業務/看護教育制度担当専門職
	武藤 岳人	公益社団法人全国老人福祉施設協議会 デイサービスセンター部会 部会長
	坪根 雅子	一般社団法人日本介護支援専門員協会 常任理事

(2) アンケート調査

300 件の医療機関（病院の薬剤部・診療所等）、2,700 件の薬局、500 件の特別養護老人ホームを対象に、薬剤師による在宅業務の実施及び準備状況、詳細な取組内容等の把握や、取り組む上での課題・必要な支援等の把握を目的として、「地域包括ケアシステムにおける薬剤師の在宅業務に関するアンケート調査」を実施した。

調査実施に当たっては、まずは調査票の設計を行った。調査設計に際しては、薬剤師による在宅業務の実施状況や実施する上での課題等の詳細な把握に資する設問設計を試みた。

つづいて、アンケート調査票の確定後、全国から抽出した医療機関・薬局・特別養護老人ホームにおいて薬剤師による在宅業務を把握している薬局長、その代理の職にある担当者、管理薬剤師等に、アンケート調査票への回答を依頼した。依頼に当たっては、日本薬剤師会および日本病院薬剤師会、日本保険薬局協会の協力を仰ぎ、全国の薬局・医療機関へアンケート実施の案内を送信した。

調査期間は令和元年 8 月 9 日から 9 月 9 日とした。有効回答数は、薬局で 1,162 件（有効回答率 43.0%）、医療機関で 50 件（有効回答率 16.7%）、特別養護老人ホームで 83 件（有効回答率 16.6%）となった。

ここに、調査にご協力いただいた全国の医療機関・薬局・特別養護老人ホームの関係者に御礼を申し上げたい。なお、調査対象の抽出方法および調査結果の詳細については第 2 章において詳述し、調査票は参考資料に掲載した。

(3) ヒアリング調査の実施

1) ヒアリング調査対象の抽出

前節で実施した検討会での議論、及びアンケート結果に基づき、下記の 6 つの視点に該当する医療機関・薬局を好取組事例として特定し、厚生労働省と協議の上で、ヒアリング先を選定した。また一部薬局については、委員からのご推薦を頂く形で選定した。

図表 1 ヒアリング対象選定のための 6 軸

#	視点の概要
1	24 時間 365 日切れ目のない地域対応を効果的に行っている薬局
2	退院時カンファなどを通じ、病院薬剤師と地域の薬剤師との連携が図れている医療機関・薬局
3	地域包括支援センターの薬事コーディネーターを通じ、地域との接点をもちつつ在宅業務を提供している薬局
4	薬剤師が地域ケア会議に参加し、個別事例の調整を行っている薬局
5	時間外の対応件数が多い薬局（抗がん剤などの専門性を要する分野での実績があると想定される）
6	サポート薬局制度を活用している薬局

2) ヒアリング調査の実施概要

上記の 6 つの視点に該当するヒアリング対象を選定した後、11 月下旬～12 月中旬にかけてヒアリング調査を実施した。調査対象は次表の通りである。

図表 2 調査対象とした 8 医療機関・薬局とヒアリング調査実施時期

#	分類	医療機関・薬局名	所在地	日時
1	病院	三豊総合病院	香川県観音寺市	令和元年 11 月 26 日
2	病院	福山市民病院	広島県福山市	令和元年 11 月 26 日
3	薬局	御代の台薬局音羽店	東京都文京区	令和元年 11 月 21 日
4	薬局	ファーマシィ薬局 春日在宅ケア	広島県福山市	令和元年 11 月 26 日
5	薬局	イイジマ薬局	長野県上田市	令和元年 11 月 29 日
6	薬局	水島薬局 6 条店	北海道岩見沢市	令和元年 12 月 5 日
7	薬局	あおば薬局本町店	北海道札幌市	令和元年 12 月 6 日
8	薬局	ヤマザワ調剤薬局 東鹿島店	宮城県仙台市	令和元年 12 月 10 日

第2章

地域包括ケアシステムにおける 薬剤師の在宅業務の在り方に関する アンケート調査

1. 調査手法

1-1 アンケート調査の概要

(1) 調査対象

全国から抽出した 2,700 件の薬局、300 件の医療機関（病院の薬剤部・診療所等）、500 件の特別養護老人ホームにおいて、薬剤師による在宅業務の実施状況を把握している薬局長、その代理の職にある担当者、管理薬剤師等を対象とした。

(2) 調査方法

薬局に関しては、全国の薬局 59,138 件から在宅患者訪問に対応している薬局 34,924 件を抽出し、更にランダム抽出により 2,700 件の調査対象を定めた。

医療機関に関しては、全国の医療機関 109,883 件から訪問服薬指導に対応している医療機関 3,106 件を抽出し、更にランダム抽出により 300 件の調査対象を定めた。

特別養護老人ホームに関しては、全国の特別養護老人ホームから 500 件をランダム抽出し、調査対象とした。

以上の方法で決定した調査対象に対し、アンケートを郵送して調査を実施した。なお調査開始の案内は、日本薬剤師会および日本病院薬剤師会、日本保険薬局協会の協力を仰ぎ、全国の薬局・医療機関宛にメール等を通じて送付した。

(3) 調査内容

調査項目は以下の通りである。なお、巻末の参考資料に調査票を掲載する。

【薬局票】

(1) 薬局の概要

- ・ 基本情報（所在地、開設年、在宅業務開始時期、薬剤師数、在宅業務を行う薬剤師数・医療機関での勤務経験、処方箋枚数、処方箋集中度）
- ・ 経営状態（店舗形態、開設主体、同一経営主体による薬局店舗数、24時間対応可能な体制構築の有無）
- ・ かかりつけ薬剤師指導料等の算定状況（算定患者数、算定回数）
- ・ 薬局間の連携による在宅業務（在宅業務を主に行っている在宅基幹薬局が対応できない際に、サポート薬局が臨時対応を行うことで点数を算定できる制度）の利用状況（利用状況、提携先の薬局の種類、費用分配ルールの有無、サポート薬局への依頼件数・調剤依頼件数・依頼理由、サポート薬局としての訪問件数・調剤実施件数・サポート薬局として従事する理由）

(2) 外部環境(周辺の医療機関・事業所との関係)

- ・ 最も近距離にある医療機関との立地関係
- ・ 主に処方箋を受けている医療機関数
- ・ 最も処方箋を受け付けた医療機関の規模、その医療機関における在宅医療の実施有無
- ・ 取扱いの多い診療科
- ・ 退院時連携のある病院数
- ・ 退院時連携で扱うことが多い診療科
- ・ 連携のある事業所・施設数

(3) 実施している在宅業務

- ・ 最も多くの在宅業務対象患者がいる医療機関の規模、その医療機関における在宅医療の実施有無、その医療機関で取り扱いの多い診療科
- ・ 保険点数の算定回数
- ・ 訪問回数別人数および算定回数別人数（訪問回数別人数、うち末期悪性腫瘍患者の訪問回数別人数または中心静脈栄養患者の訪問回数別人数、それぞれにおいて点数を算定できなかった回数別人数）
- ・ 開局時間外に訪問した回数
- ・ 保険点数を算定できない理由
- ・ 患者属性（年齢階級別人数、要介護度別人数、主傷病別人数）
- ・ 建物の類型ごとの実施状況
- ・ 訪問にかかる移動時間ごとの患者数
- ・ 実施理由（訪問を始めた/継続する背景、訪問の実施経験の有無、訪問を実施しない理由）
- ・ 実施している業務内容

- ・多職種連携（連携を依頼される相手、同行訪問の実施の有無と職種、頻度の高い連携手段）
- ・在宅業務実施による効果（薬局側のメリット、薬局側の負担、患者側のメリット）
- ・在宅業務を行う上での問題点
- ・必要な支援、国や都道府県に期待すること

(4) 特養への訪問実施状況

- ・訪問の実施有無
- ・訪問しない理由
- ・訪問利用者数、訪問施設数、点数算定回数
- ・実施業務内容
- ・連携を依頼される相手
- ・訪問による施設側のメリット
- ・訪問による利用者側のメリット

(5) 個別患者に対しての薬剤師による在宅業務の詳細な実施状況

- ・担当薬剤師の経歴
- ・患者属性（訪問先の属性、患者と同居している家族の状況、要介護度、主傷病、服用している処方薬）
- ・実施した業務内容
- ・患者の状態について連携している主体
- ・患者宅での滞在時間
- ・点数の算定状況（算定した点数、1か月の訪問回数、点数を算定していない訪問回数、点数を算定していない理由）

【医療機関票】

(1) 医療機関の概要

- ・基本情報（所在地、開設年、在宅業務開始時期、薬剤師数、在宅業務を行う薬剤師数、処方箋枚数、開設主体、同一法人による医療機関数、規模、医師による在宅医療の提供有無、届け出ている医療機能、届け出ている病床の種類、介護療養病床の有無、薬剤師が訪問する患者が受診している診療科）

(2) 外部環境(周辺の医療機関・事業所との関係)

- ・薬薬連携（連携する外部薬局の数・立地、連携で扱うことの多い診療科）
- ・連携のある介護事業所・住まいの数

(3) 実施している在宅業務

- ・保険点数の算定回数
- ・訪問回数別人数および算定回数別人数（訪問回数別人数、うち末期悪性腫瘍患者の訪問回数別人数または中心静脈栄養患者の訪問回数別人数、それぞれにおいて点

数を算定できなかった回数別人数)

- ・ 夜間/休日に訪問した回数
- ・ 保険点数を算定できない理由
- ・ 患者属性（年齢階級別人数、要介護度別人数、主傷病別人数）
- ・ 建物の類型ごとの実施状況
- ・ 訪問にかかる移動時間ごとの患者数
- ・ 実施理由（訪問を始めた/継続する背景、訪問の実施経験の有無、訪問を実施しない理由）
- ・ 実施している業務内容
- ・ 多職種連携（連携を依頼される相手、同行訪問の実施の有無と職種、頻度の高い連携手段）
- ・ 在宅業務実施による効果（医療機関側のメリット、医療機関側の負担、患者側のメリット）
- ・ 在宅業務を行う上での問題点
- ・ 必要な支援、国や都道府県に期待すること

(4) 特養への訪問実施状況

- ・ 訪問の実施有無
- ・ 訪問しない理由
- ・ 訪問利用者数、訪問施設数
- ・ 実施業務内容
- ・ 連携を依頼される相手
- ・ 訪問による施設側のメリット
- ・ 訪問による利用者側のメリット

(5) 個別患者に対しての薬剤師による在宅業務の詳細な実施状況

- ・ 担当薬剤師の経歴
- ・ 患者属性（訪問先の属性、患者と同居している家族の状況、要介護度、主傷病、服用している処方薬）
- ・ 実施した業務内容
- ・ 患者の状態について連携している主体
- ・ 患者宅での滞在時間
- ・ 点数の算定状況（算定した点数、1か月の訪問回数、点数を算定していない訪問回数、点数を算定していない理由）

【特養票】

(1) 施設の概要

- ・施設規模（入所定員・入所者数）
- ・併設医療機関の有無
- ・併設医療機関による院外処方の実施状況
- ・職員数
- ・入所者の要介護度別人数
- ・認知症高齢者の自立度別人数

(2) 薬剤の管理状況

- ・長期入所者の受診先別人数
- ・平均的な処方薬剤の種類数
- ・長期入所者の処方元別人数
- ・長期入所者の薬剤入手方法別人数
- ・長期入所者の処方箋を調剤する薬局数

(3) 薬剤師による訪問業務の状況

- ・訪問薬局数、訪問薬剤師数、訪問頻度
- ・訪問業務を受ける入所者の傷病
- ・訪問業務の実施状況と今後の希望
- ・薬剤師や訪問元薬局との連絡手段
- ・訪問を受ける/継続する理由
- ・訪問を受けない理由

(4) 薬剤師が訪問することによる効果、今後への期待

- ・訪問による施設側のメリット
- ・訪問による入所者側のメリット
- ・訪問薬剤師に期待すること

(4) 調査期間

令和元年8月9日から令和元年9月9日にかけて実施した。

(5) 回収結果

薬局については、調査対象とした2,700件のうち、有効回答数は1,162件で、有効回答率は43.0% (=1,162 / 2,700) となった。

医療機関については、調査対象とした300件のうち、有効回答数は50件で、有効回答率は16.7% (=50 / 300) となった。

特別養護老人ホームについては、調査対象とした500件のうち、有効回答数は83件で、有効回答率は16.6% (=83 / 500) となった。

以下、主要な調査項目に関する調査結果について次ページ以降で考察を行う。

2. 調査結果と考察

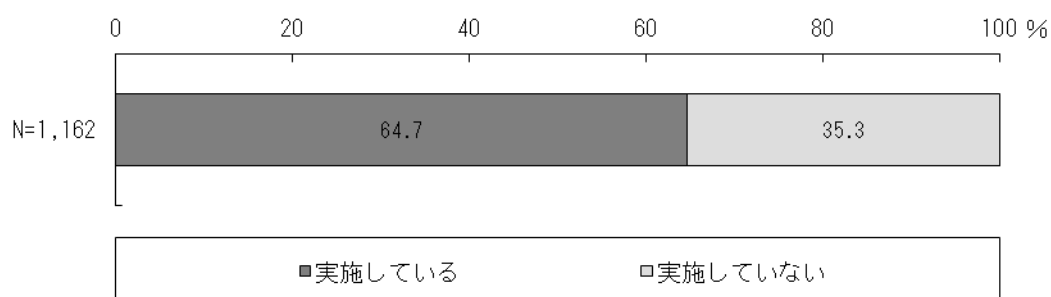
2-1 薬局票

(1) 薬局の概要

まず、アンケートを送付した全ての薬局を回答対象として、薬局の基本属性について述べる。

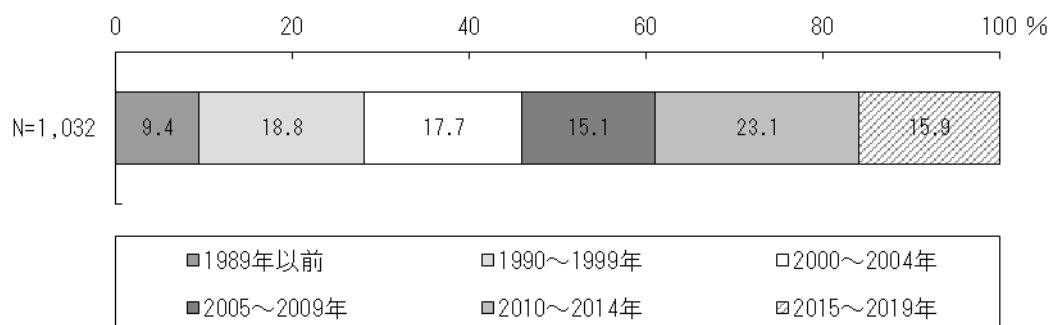
今回調査対象とした在宅患者訪問に対応している薬局のうち、回答があった1,162件の中で、実際に在宅業務を実施している薬局は約65%で、全体の3分の2程度であった。

図表3 | 在宅業務の実施有無(N=1,162)



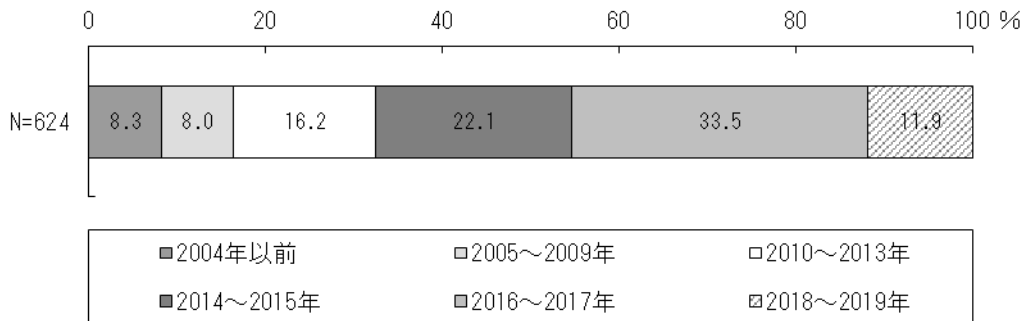
また、薬局店舗を開設した年代としては、2010年～2014年が最も多いものの、幅広い年代に分散している。

図表4 | 問1(2) 薬局店舗の開設年(N=1,032)



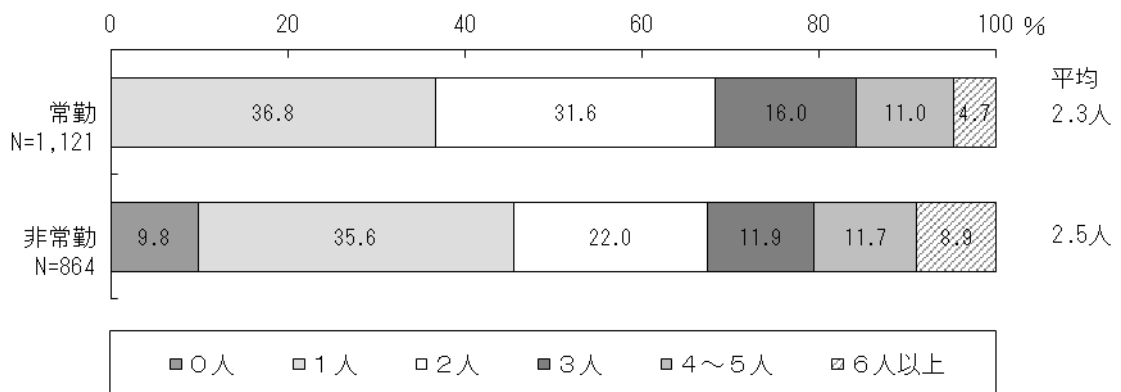
初めて在宅業務を開始した時期としては、2016年～2017年が最も多く、次いで2014年～2015年、2010年～2013年までで全体の7割を占めた。地域包括ケアシステムが提唱され始めた2003年から現在にかけて、薬剤師の在宅業務が徐々に普及しつつあることが伺える。

図表 5 | 問1(3) 薬局店舗で初めて在宅業務を開始した時期(N=624)

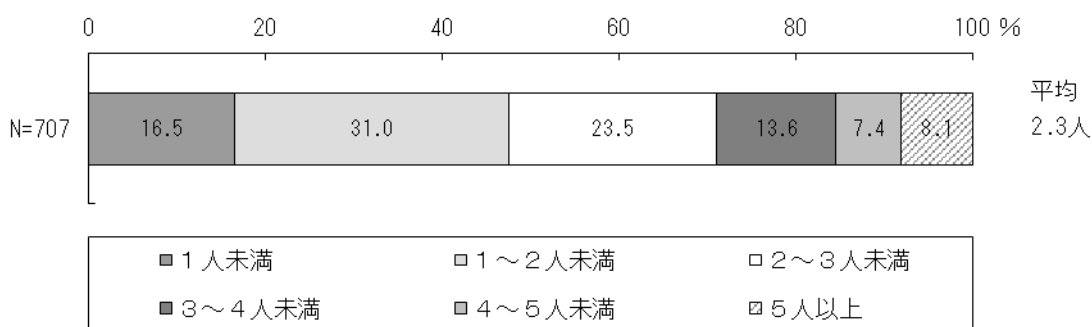


勤務している薬剤師の人数は、常勤では1名の薬局が最も多く、次いで2名の薬局、3名の薬局の順で多かった。3名以内の薬局が全体の8割以上を占めた。非常勤としても、1名の薬局が最も多く、次いで2名の薬局、3名の薬局の順で多く、3名以内の薬局が全体の8割程度を占めた。常勤換算すると1~2名未満の薬局が最も多く、次いで2~3名未満の薬局、0~1名未満の薬局の順で多かった。在宅患者訪問に対応する薬局が抱えることができる薬剤師数は、2名強と言える。

図表 6 | 問1(4) 勤務している薬剤師の人数(常勤:N=1,121 | 非常勤:N=864)



図表 7 | 問1(4) 勤務している薬剤師の人数_常勤換算(N=707)

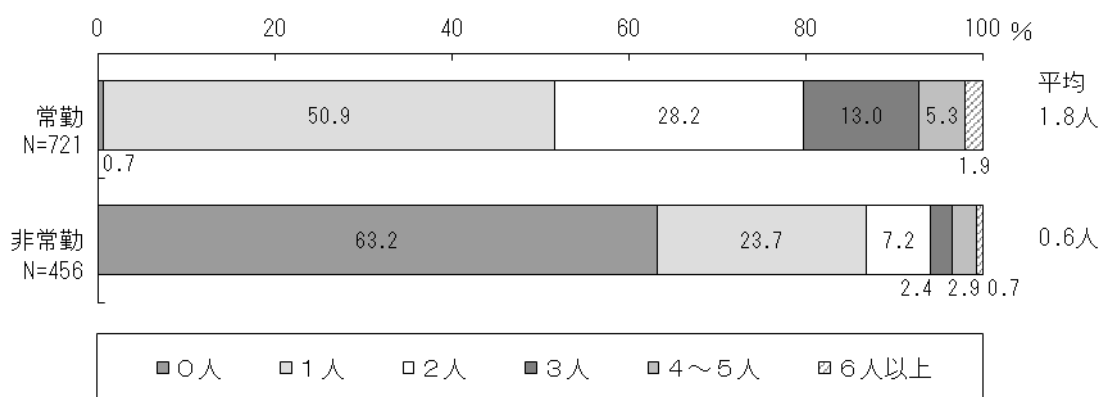


また、在宅業務を実施している薬局において、勤務している薬剤師のうち、在宅業務を実施することがある薬剤師の人数は、常勤では1名の薬局が半数を占めて最も多く、次いで2名の薬局、3名の薬局の順で多かった。一方、非常勤では0名の薬局が6割強に上り最も多く、次いで1名の薬局が多かった。非常勤の薬剤師が在宅業務を実施している薬局は4割弱に留まり、緊急時への対応や継続性の確保も期待される在宅業務の特性上、常勤している薬剤師が実施する傾向にあると推察される。

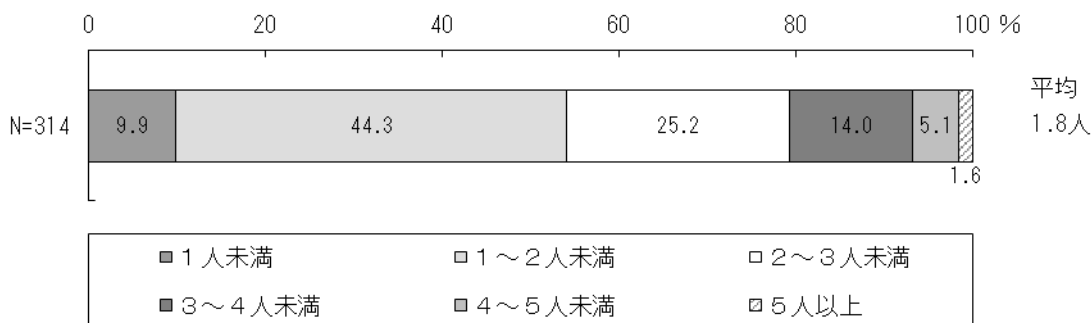
常勤換算すると、在宅業務を実施することのある薬剤師の人数は1～2名未満の薬局が半数弱を占め、次いで2～3名未満、3～4名未満の順で多かった。平均人数は1.8人であった。

即ち、在宅患者訪問に対応している各薬局が抱えている2名強の薬剤師のうち、在宅業務を実施している場合にはその半分にあたる1名強の薬剤師が在宅業務に従事していると言える。

図表 8 | 問1(4) 勤務している薬剤師のうち、在宅業務を実施することがある薬剤師の人数 (常勤:N=721 | 非常勤:N=456)



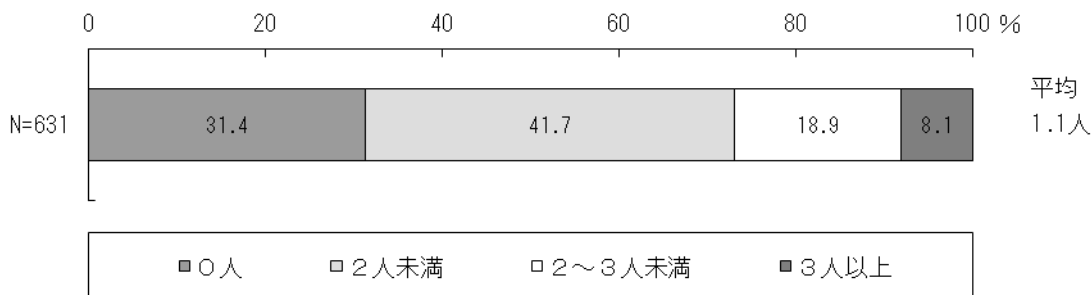
**図表 9 | 問1(4) 勤務している薬剤師のうち、在宅業務を実施することがある薬剤師の人数
—常勤換算(N=314)**



本アンケートでは、薬剤師の持つ経験やノウハウが在宅業務の内容に影響するか調査することも試みた。このため、経験・ノウハウのひとつとして、薬剤師の医療機関（病院の薬剤部・診療所等）における勤務経験を調査した。

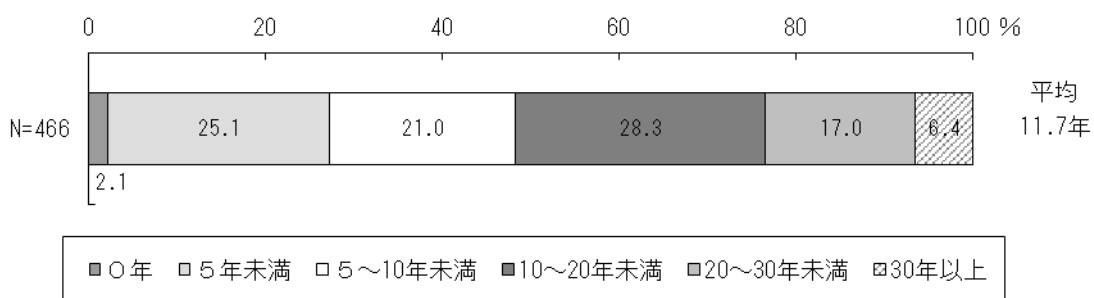
在宅業務を実施している薬局のうち、約7割の薬局で医療機関での勤務経験を有する薬剤師1名以上が在宅業務を実施することがあるとわかった。勤務経験を有する薬剤師の人数（常勤換算）は、2名未満が最も多く、次いで勤務経験なし、2名～3名未満の順で多かった。

**図表 10 | 問1(4) 在宅業務を実施することがある薬剤師のうち、
医療機関に勤務した経験がある人数—常勤換算(N=631)**



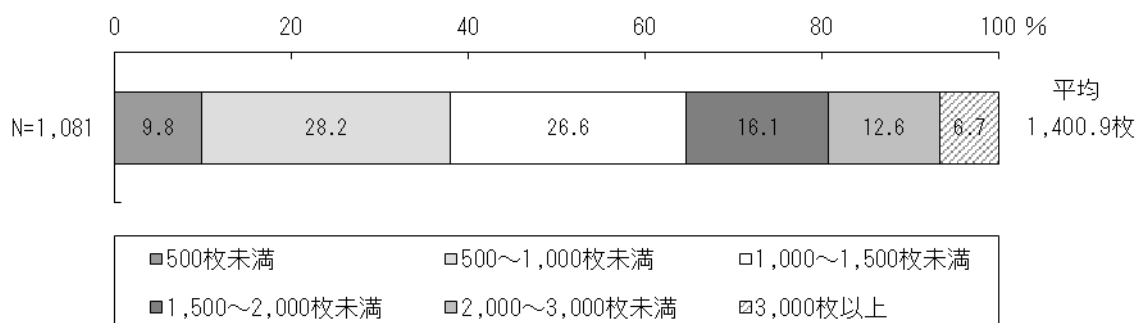
また、在宅業務を実施することがある薬剤師のうち医療機関での勤務経験のある薬剤師の、医療機関における平均勤務年数は、10年～20年未満が最も多く、次いで5年未満、5～10年未満の順で多かった。在宅業務を実施している薬局の約7割においては、平均して12年間弱の医療機関での勤務経験を持つ薬剤師が、少なくとも1名以上在宅業務に従事していると言える。

図表 11 | 問1(4) 在宅業務を実施することがある薬剤師の、医療機関における平均勤務年数(N=466)



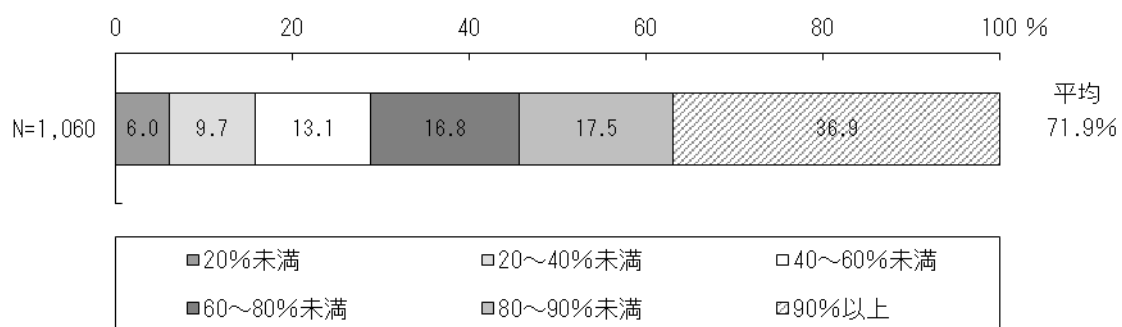
在宅患者訪問に対応している薬局が扱う処方箋枚数（2019年7月の1か月間）は、500枚～1,000枚未満の薬局が最も多く、次いで1,000枚～1,500枚の薬局、1,500枚～2,000枚の薬局の順で多かった。

図表 12 | 問1(5) 処方箋枚数(2019年7月の1か月間)(N=1,081)



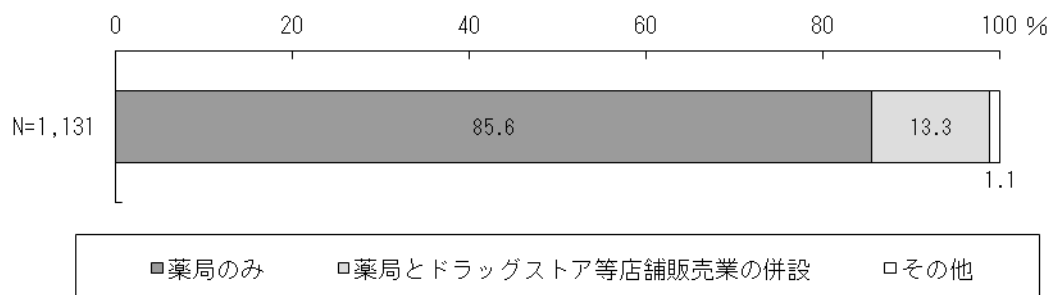
また、在宅患者訪問に対応している薬局の処方箋集中率としては、90%以上が最も多く全体の約3分の1を占め、次いで80%～90%未満、60%～80%未満の順で多かった。平均71.9%であり、調剤基本料の引き下げの対象となる85%よりは低い水準であった。薬剤師による在宅業務では患者がかかる複数の医療機関から処方される薬剤を一括管理する機能も期待されていることも踏まえると、特定の医療機関の処方箋を受け付けるいわゆる門前薬局よりは幅広い医療機関から処方箋を受け付けている薬局の方が、在宅患者訪問に対応している薬局には多い傾向にあることがうかがえる。

図表 13 | 問1(6) 処方箋集中率(N=1,060)



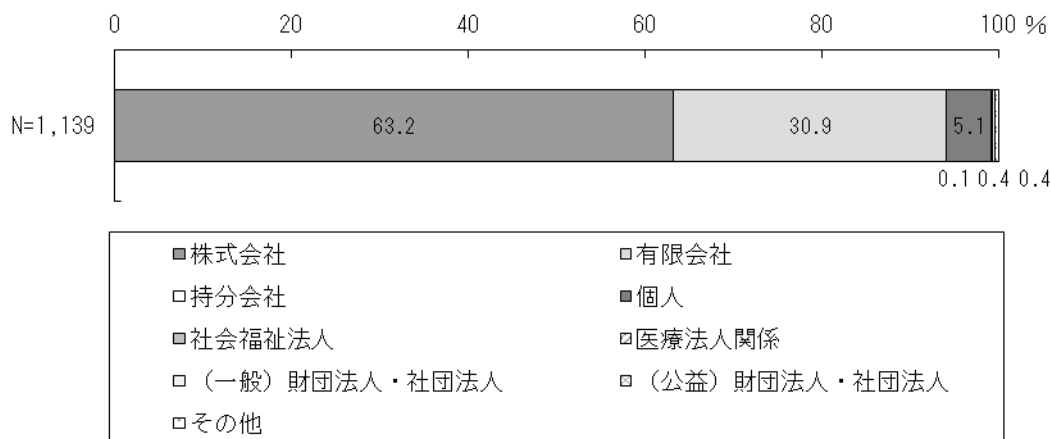
在宅患者訪問に対応している薬局の店舗形態としては、薬局のみの店舗が 85%以上と最も多く、次いで薬局とドラッグストア等店舗販売業との併設が 1 割強を占めた。

図表 14 | 問2(1) 薬局の店舗形態(N=1,131)



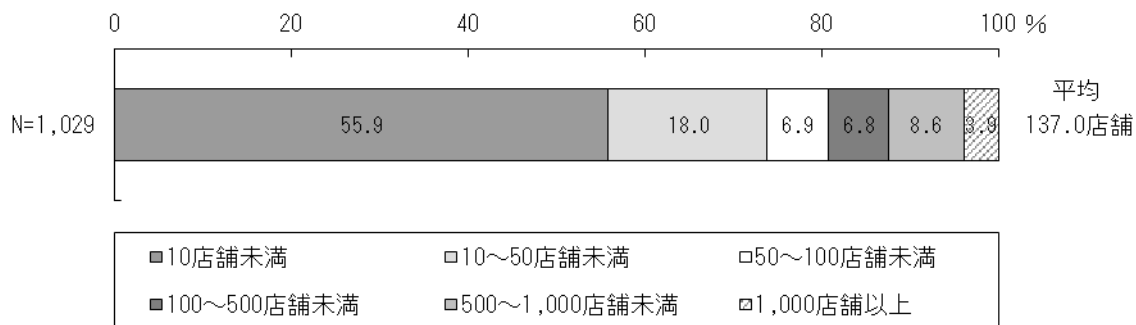
また、開設主体としては、株式会社が最も多く 6 割強を占め、次いで有限会社が 3 割を占めた。

図表 15 | 問2(2) 開設主体(N=1,139)



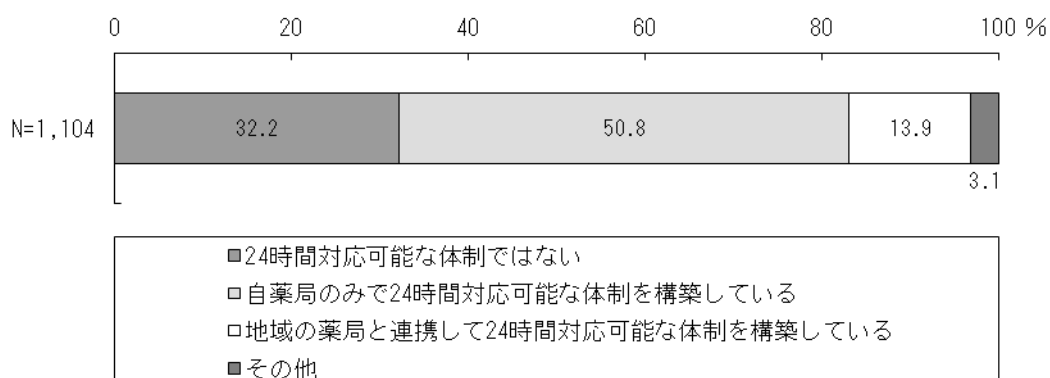
同一経営主体による薬局店舗数としては、10 店舗未満が最も多く、次いで 10～50 店舗未満、500～1,000 店舗未満が多かった。

図表 16 | 問2(3) 同一経営主体による薬局店舗数(N=1,029)



24 時間対応可能な体制の有無については、約半数の薬局が自薬局のみで 24 時間対応可能な体制を構築している一方で、約 3 分の 1 の薬局では 24 時間対応可能な体制が構築されていないことがわかった。また、約 14%の薬局では、地域の薬局と連携して 24 時間対応可能な体制を構築していた。夜間などの緊急時には、医師等と共に在宅訪問などの対応を行うことも期待される中で、自薬局のみで 24 時間対応できる体制をとれない薬局は、地域の薬局と連携して体制を構築しようとしていることがうかがえる。

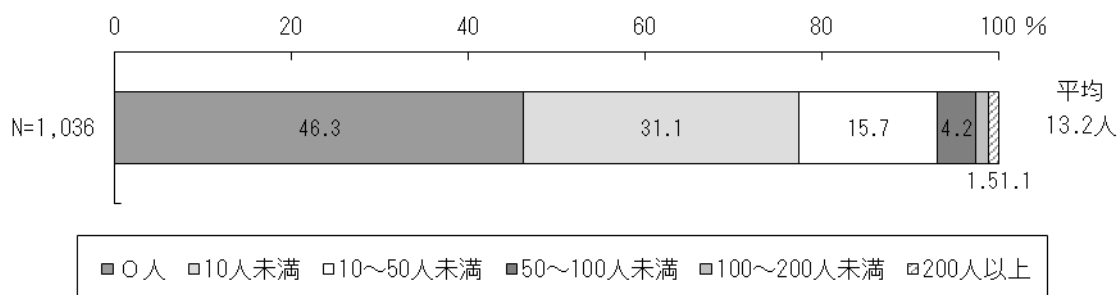
図表 17 | 問2(4) 24時間対応可能な体制を構築していますか(N=1,104)



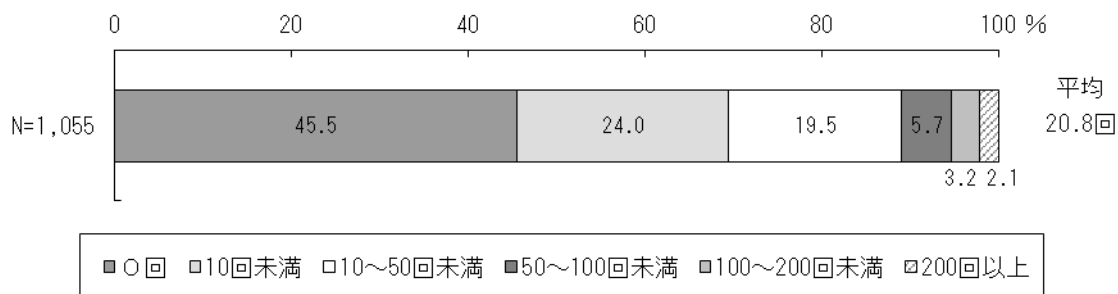
かかりつけ薬剤師指導料・かかりつけ薬剤師包括管理料の算定患者数は、0人である薬局が半数弱と最も多く、次いで10人未満、10～50人未満の順で多かった。

同指導料・管理料の算定回数も、0回である薬局が半数弱を占め、次いで10回未満、10～50回未満の薬局の順で多かった。

図表 18 | 問3(1) かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料の算定患者数 (N=1,036)



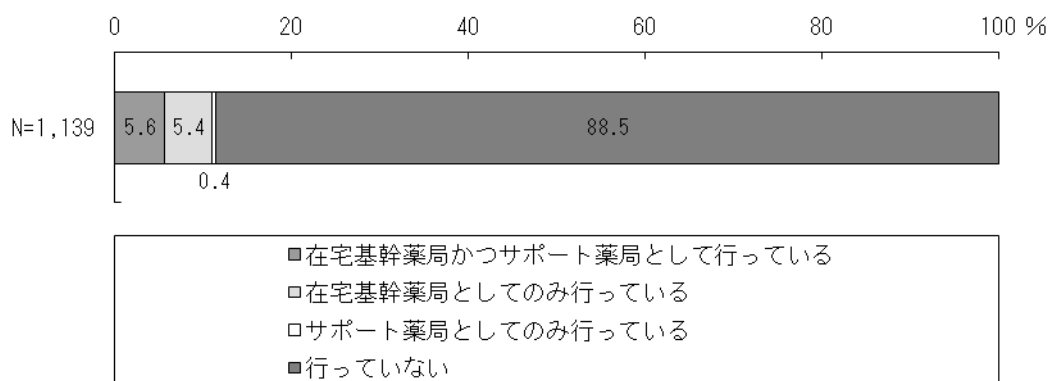
図表 19 | 問3(2) かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料の算定回数
(N=1,055)



自薬局のみで求められる在宅業務の全てに対応することは、必ずしも容易でない。自薬局のみでは対応できない場合も在宅業務が滞りなく提供されるための方法として、近隣の薬局との連携は有用である。そこで、薬局間の連携による在宅業務（在宅業務を主に行っている在宅基幹薬局が対応できない際に、サポート薬局が臨時対応を行うことで点数を算定できる制度）の利用状況を調査した。

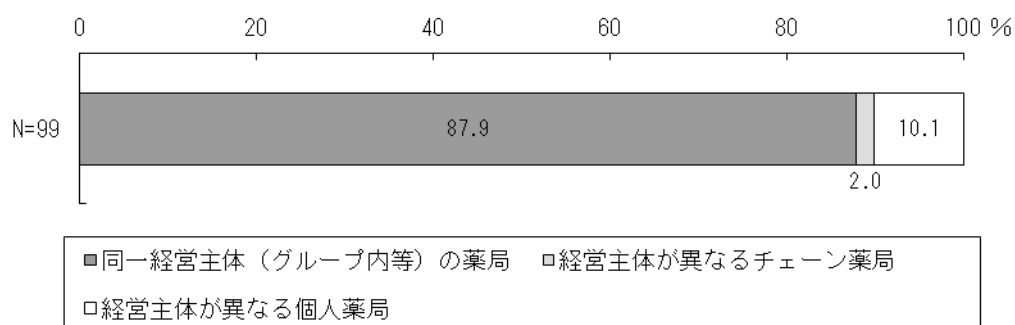
利用状況としては、9割弱の薬局が利用していないことが分かった。

図表 20 | 問4(1) 薬局間の連携による在宅業務の制度の利用状況(N=1,139)



薬局間の連携による在宅業務の制度を利用している場合、提携先の薬局は同一経営主体（グループ内等）の薬局であるケースが9割弱を占めた。

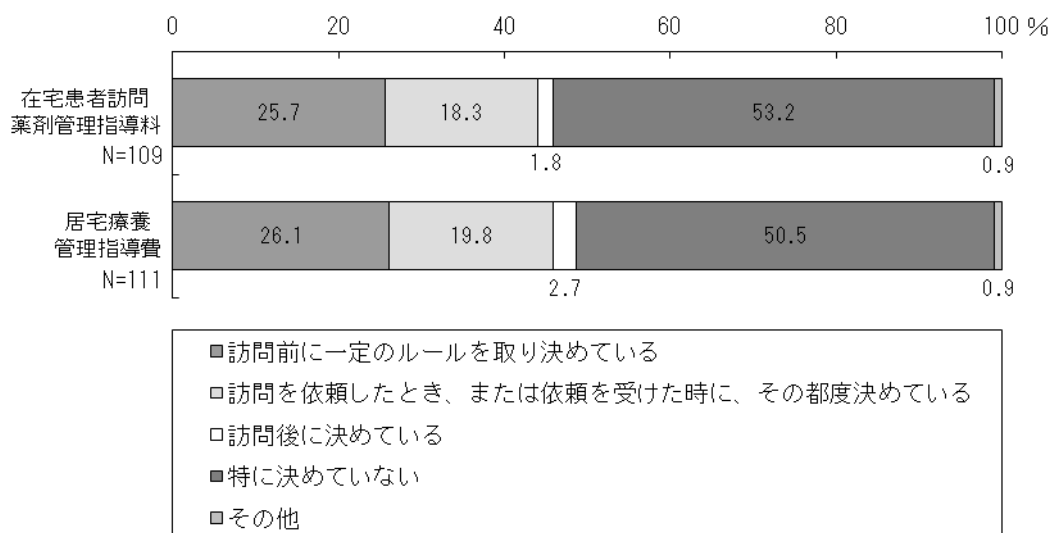
図表 21 | 問4(2) 提携先の薬局の種類(N=99)



薬局間の連携による在宅業務の制度を利用している薬局については、費用や業務の分担についても調査した。

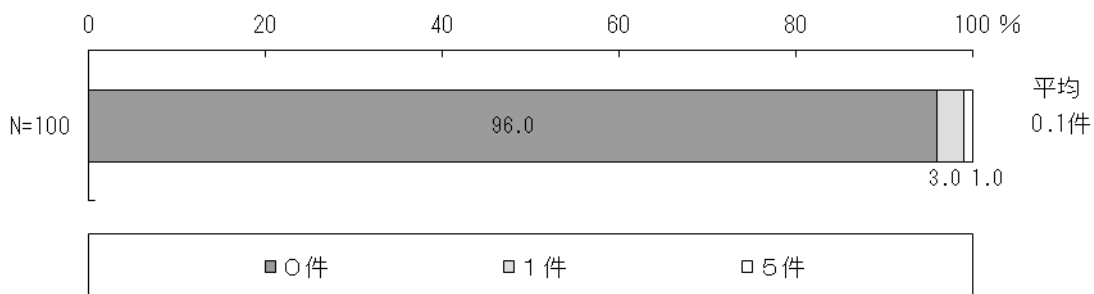
まず、費用の分配ルールについては、在宅患者訪問薬剤管理指導料・居宅療養管理指導費ともに、特に決めていない薬局が半数を占め、次いで訪問前に一定のルールを取り決めている薬局、訪問を依頼した時または依頼を受けたときにその都度決めている薬局の順で多く、訪問後に決めている薬局はほとんどなかった。

図表 22 | 問5(1) 費用の分配ルールについて
(在宅患者訪問薬剤管理指導料 N=109 | 居宅療養管理指導費 N=111)



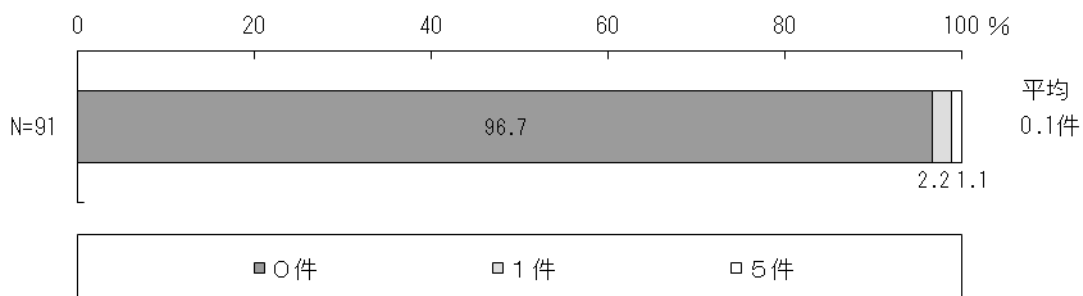
また、今回薬局間の連携による在宅業務の制度を利用していると回答した薬局のほぼ全てが、調査時期の直近1か月ではサポート薬局に訪問を依頼していないことがわかった。

図表 23 | 問5(2)A サポート薬局に訪問を依頼した件数(2019年7月の1か月間)
(N=100)



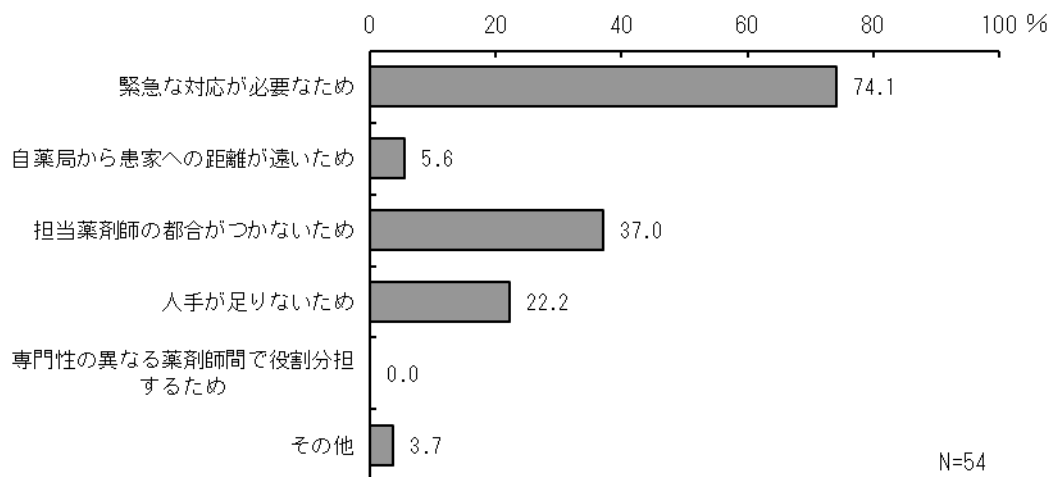
また、サポート薬局に調剤を依頼した薬局もほとんどなかった。対象期間が限定的であったものの、サポート薬局の利用については、今後も推進の余地があると言える。

図表 24 | 問5(2)B Aの件数のうち調剤もサポート薬局に依頼した件数
(2019年7月の1か月間)(N=91)



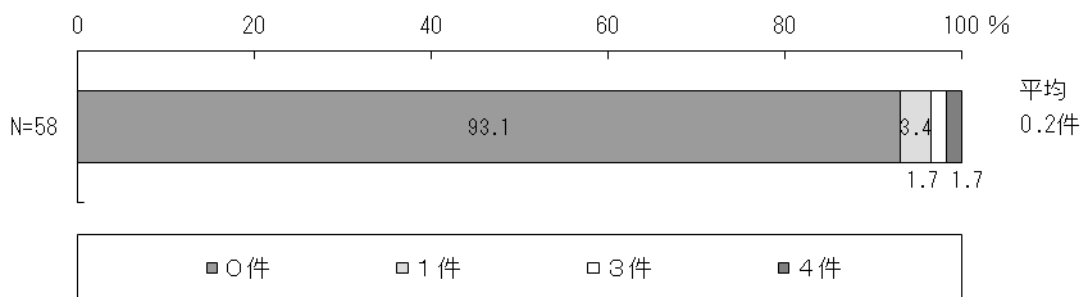
在宅基幹薬局として、サポート薬局に依頼を行う理由としては、「緊急な対応が必要なため」が7割強と最も多く、次いで「担当の薬剤師の都合がつかない」「人手が足りない」などの人材不足を挙げた薬局が多かった。

図表 25 | 問5(2)C 在宅基幹薬局として、サポート薬局に依頼する理由(複数回答)
(N=54)



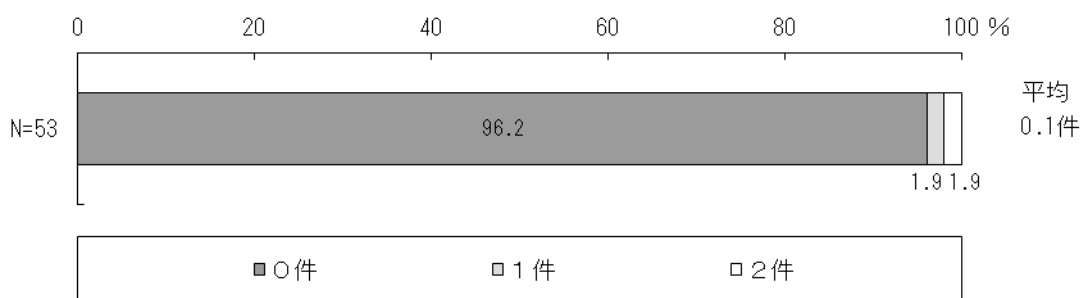
一方、サポート薬局として訪問を依頼される場合についても調査した。調査の直近1か月間で、サポート薬局として訪問を依頼された薬局も、ほとんどなかった。

図表 26 | 問5(3)A サポート薬局として訪問を依頼された件数(2019年7月の1か月間)
(N=58)



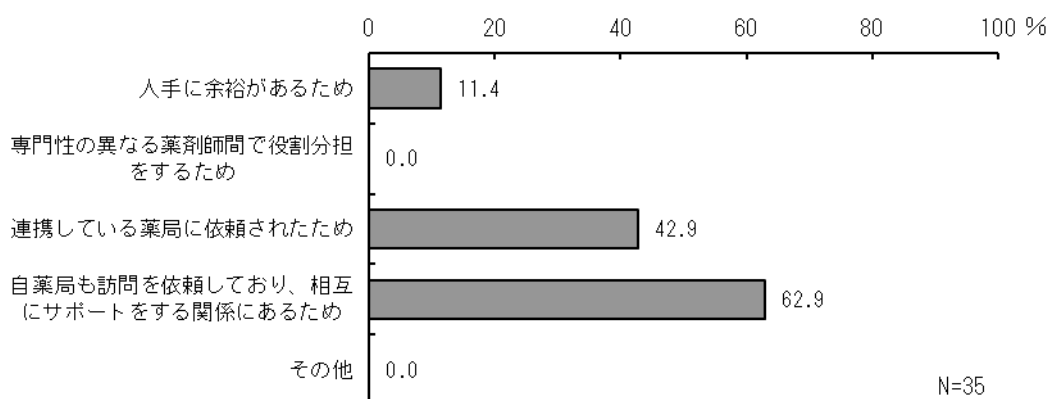
また、サポート薬局として調剤を行った薬局もほとんどなかった。

図表 27 | 問5(3)B A の件数のうち、調剤も行った件数(2019年7月の1か月間)
(N=53)



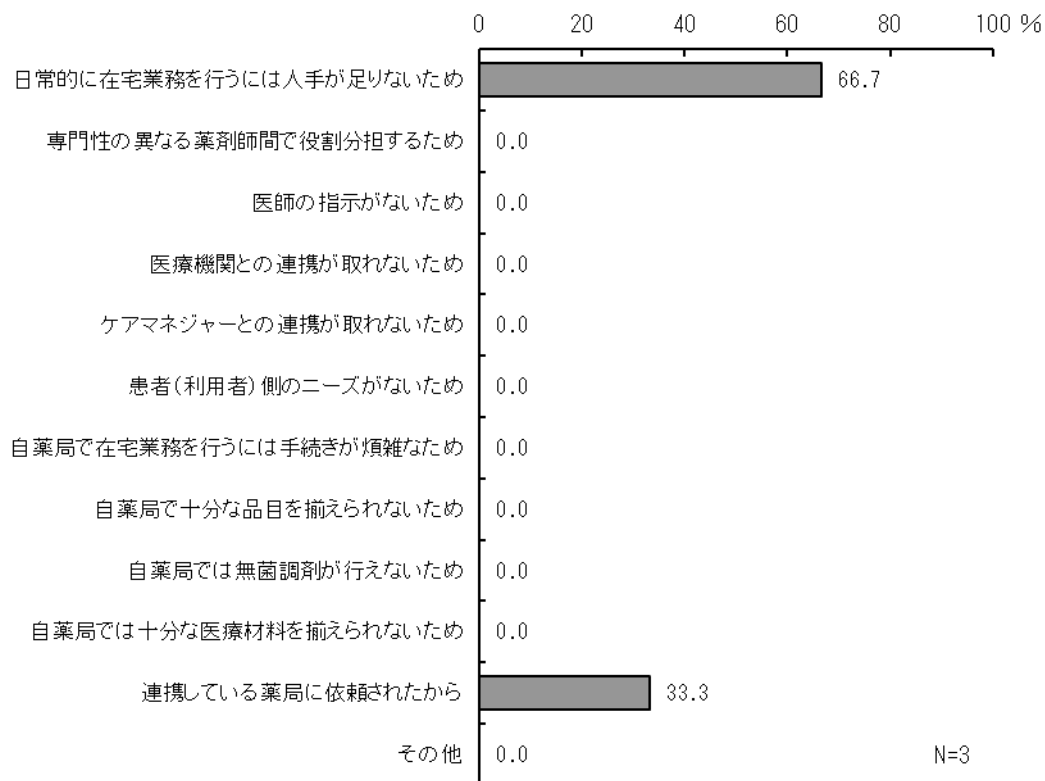
在宅基幹薬局とサポート薬局両方の立場から在宅業務に従事する薬局に対し、その理由を調査したところ、「自薬局でも訪問を依頼しており相互にサポートする関係にあるため」が最も多く、次いで「連携している薬局に依頼されたため」「人手に余裕があるため」の順で多かった。他の薬局との関係性が構築されている場合や、人手に余裕がある場合には、在宅基幹薬局としてもサポート薬局としても在宅業務に携わりやすくなると思われる。

図表 28 | 問5(3)C サポート薬局として在宅業務に従事する理由
(在宅基幹薬局かつサポート薬局)(複数回答)(N=35)



一方、サポート薬局としてのみ在宅業務に従事する理由としては、「日常的に在宅業務を行うには人手が足りないため」が最も多く、次いで「連携している薬局に依頼されたから」が挙げられた。在宅基幹薬局として在宅業務を主導するには、まず前提として職員の確保が必要であると推察される。

図表 29 | 問5(3)C サポート薬局として在宅業務に従事する理由(サポート薬局としてのみ)
(複数回答)(N=3)

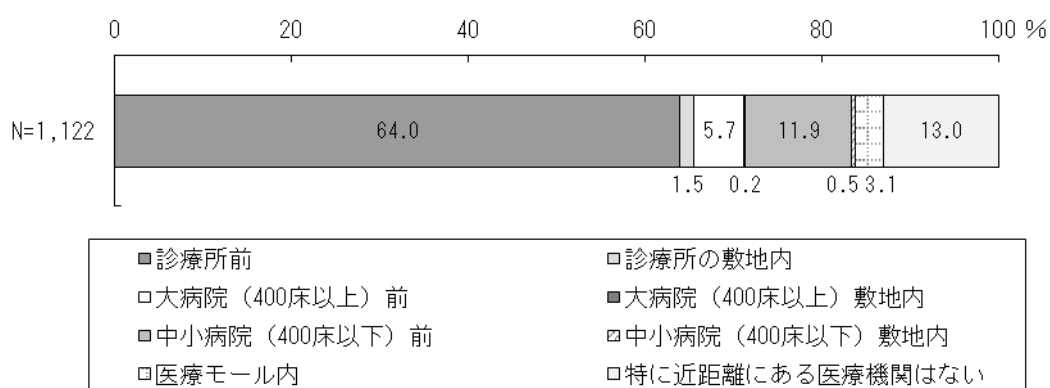


(2) 外部環境

次に、周辺の医療機関との関係から、薬剤師が在宅業務を実施する環境について調査した。

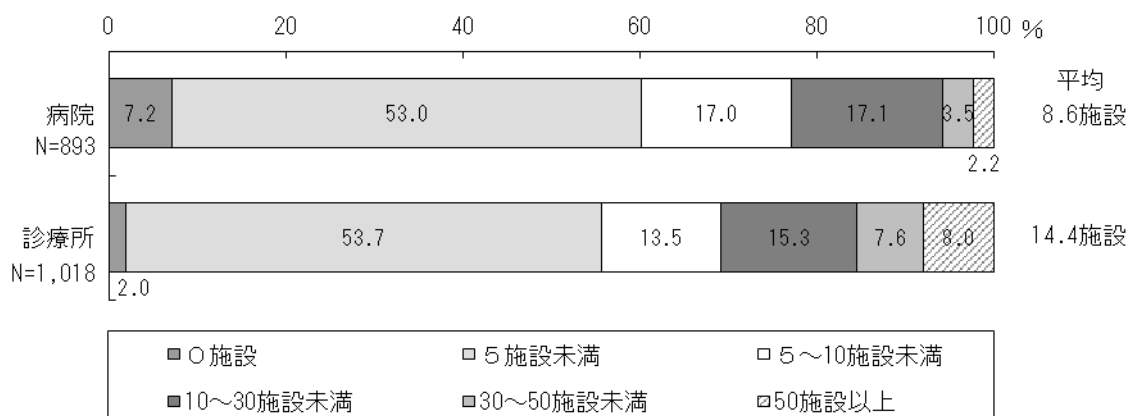
まず、最も近距離にある医療機関との立地関係としては、「診療所前」が64%と最も多く、次いで「特に近距離にある医療機関はない」「中小病院（400床以下）前」の順で多かった。いわゆる駅前薬局に該当する薬局が全体の85%以上を占めた。

図表 30 | 問6(1) 最も近距離にある医療機関との立地関係(N=1,122)



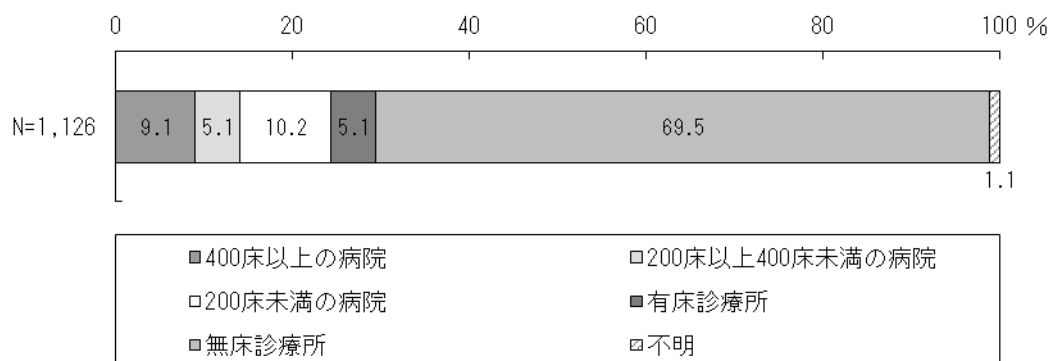
また、主に処方箋を受けている医療機関の数としては、病院数では5施設未満が半数強と最も多く、次いで5～10施設未満と10～30施設未満がほぼ同数で多かった。診療所でも5施設未満が半数強と最も多く、次いで10～30施設、5～10施設が多かった。

図表 31 | 問6(2) 主に処方箋を受けている医療機関数(2019年5月～7月)
(病院:N=893 | 診療所:N=1,018)



また、調査直近3か月間で最も多く処方箋を受け付けた医療機関の規模としては、「無床診療所」が7割と最も多く、次いで「200床未満の病院」「400床以上の病院」の順で多かった。在宅患者訪問に対応している薬局は、大規模な病院よりも、地域のかかりつけ医と関わっている場合が多いと推察される。

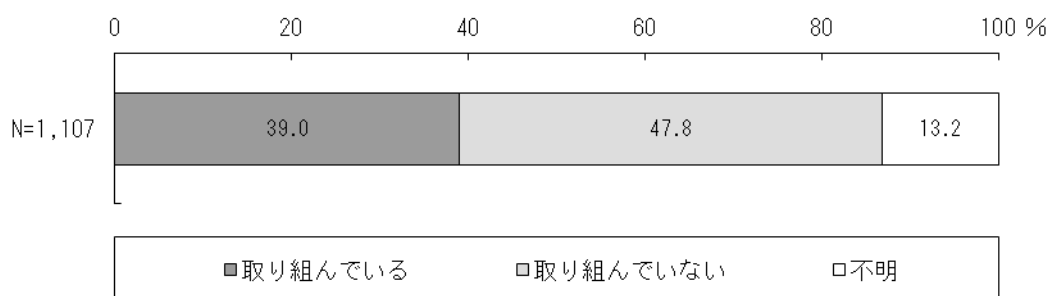
図表 32 | 問6(3) 2019年5月から7月で最も多く処方箋を受け付けた医療機関の規模
(N=1,126)



また、上記の直近3か月間で最も多く処方箋を受け付けた医療機関における在宅医療への取組状況としては、4割程度の医療機関では在宅医療に取り組んでいる一方、約半数の医療機関は在宅医療に取り組んでいないことがわかった。

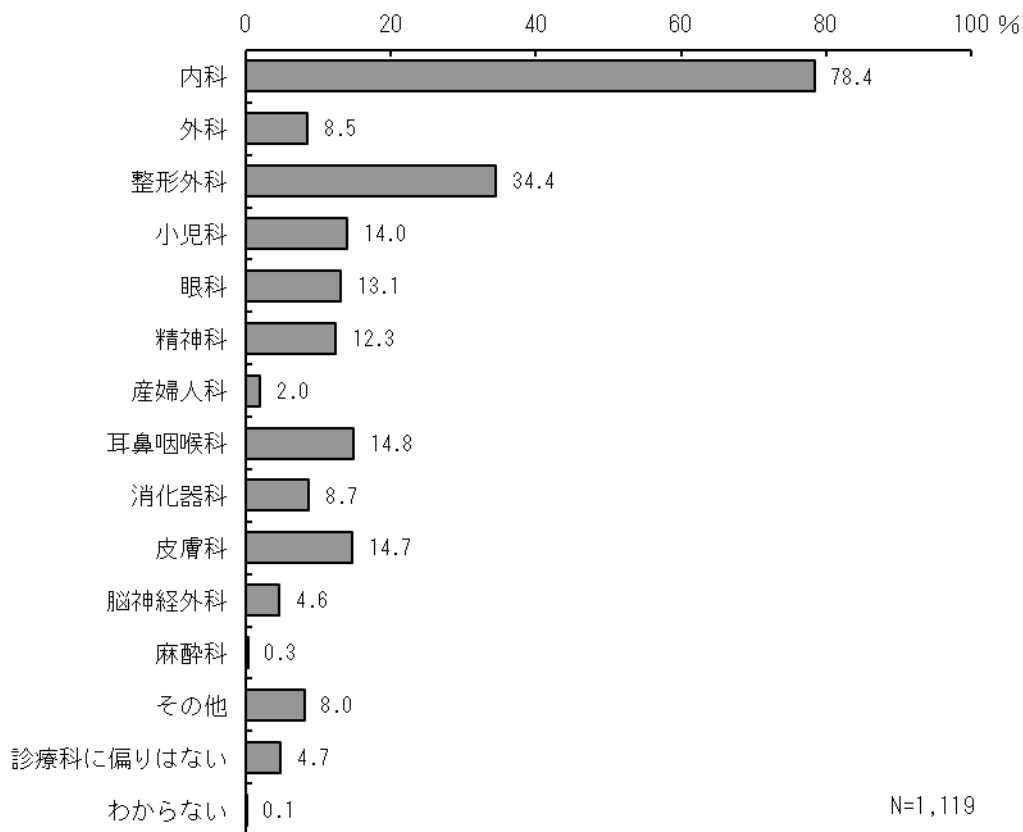
最も多くの処方箋をやり取りする医療機関が在宅医療に取り組んでいるか否かは、薬局が在宅患者訪問に対応するか否かには特に影響しないと見られる。

図表 33 | 問6(4)(3)の医療機関における在宅医療の取り組みの有無(N=1,107)



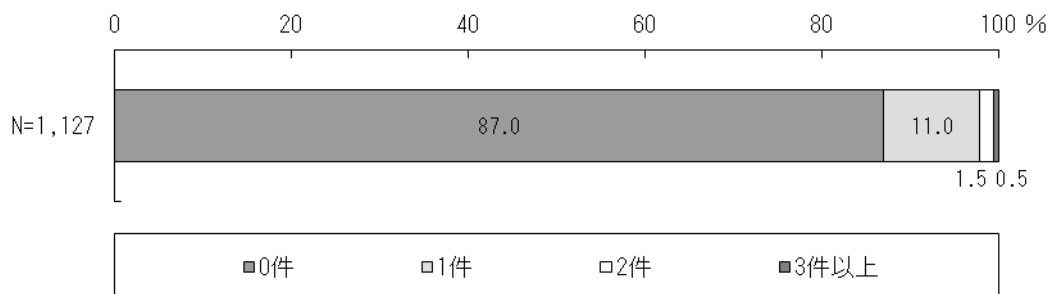
また、薬局として取り扱うことの多い診療科として、各薬局につき最大3つまで調査した。最も多かったのは内科で、全体の8割弱の薬局が取り扱っていた。次いで整形外科が3分の1程度と多く、他には小児科、眼科、精神科、耳鼻咽喉科、皮膚科も扱うことが多い診療科であった。内科は比較的広範な疾患領域を扱うことが多く、他の各専門科にかかる前の窓口ともなることが多い。また整形外科は加齢に伴う身体の不自由という在宅医療へ移行するきっかけの1つに関わる診療科である。ゆえに患者が抱える様々な疾患の治療を在宅等において包括的に管理することを試みる在宅医療において、これらの診療科の取扱いの多い薬局は、在宅業務に参入しやすい・取り組みやすい可能性がある。

図表 34 | 問6(5) 医療機関にかかわらず、取り扱いの多い診療科(3つまで複数回答)
(N=1,119)



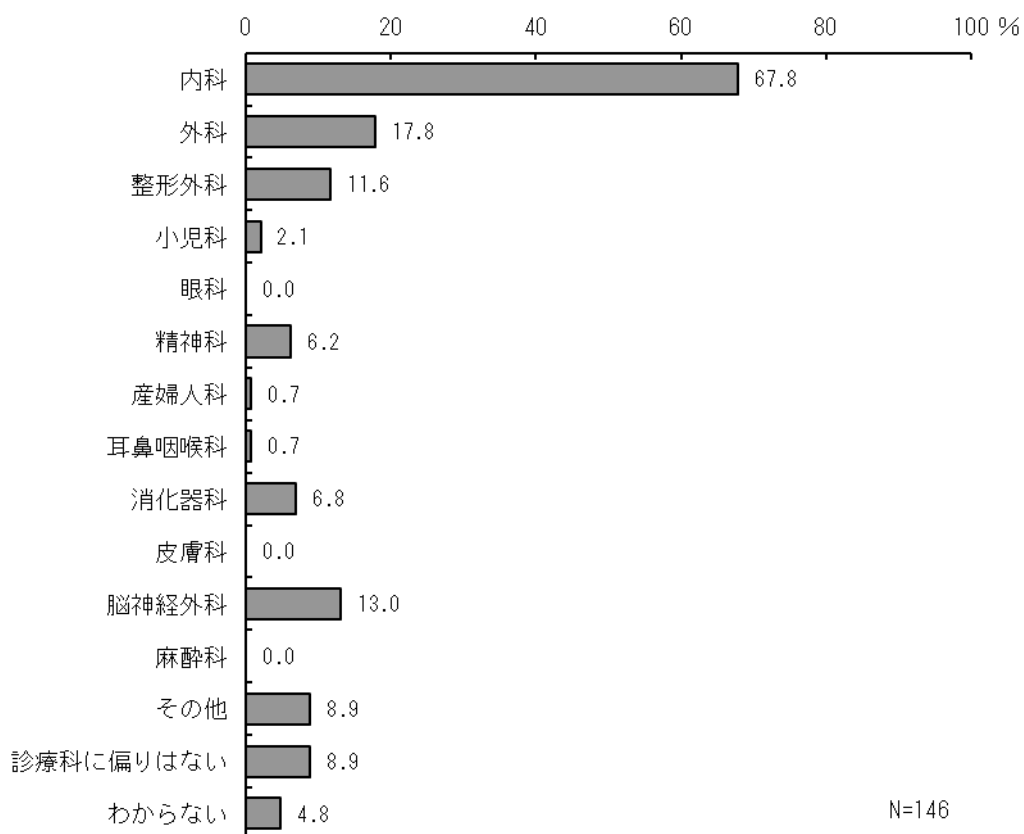
また、在宅医療への入り口ともなる退院時連携の実施状況としては、9割弱の薬局が退院時連携を行っている病院はないと回答した。また退院時連携を行っている1割の薬局も、連携する医療機関は1施設のみに留まると回答した。

図表 35 | 問6(6) 退院時連携を行っている病院数(N=1,127)



また、退院時連携で扱うことが多い診療科としては、内科が7割弱と最も多く、次いで外科、脳神経外科、整形外科などの外科系が多かった。このうち内科や整形外科は、前問の「取り扱うことの多い診療科」で上位に上げられた診療科と一致した。

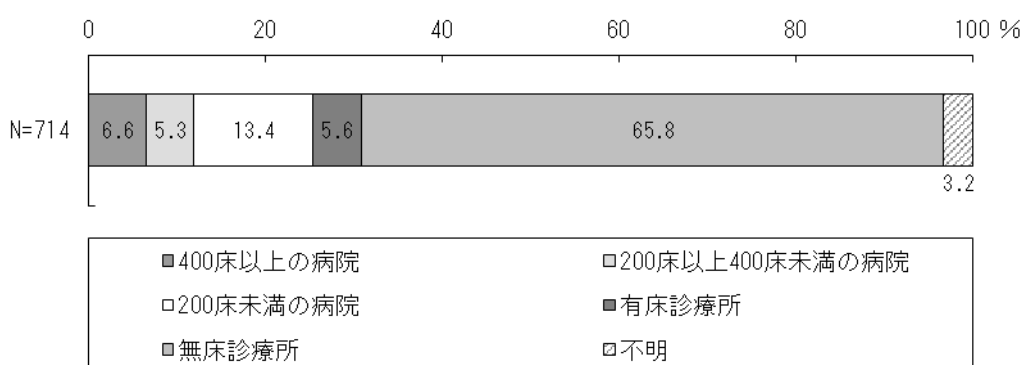
図表 36 | 問6(7) 退院時連携で扱うことが多い診療科(N=146)



次に、調査直近3ヶ月間に在宅業務を実施した患者に範囲を絞り、同様に医療機関の規模、在宅医療への取り組み有無、診療科などを調査した。

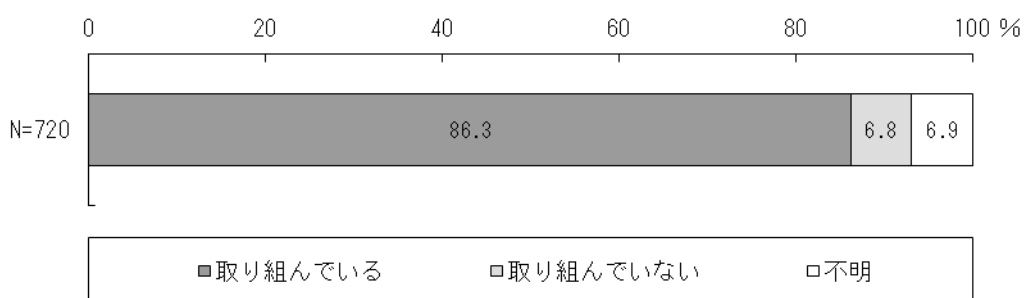
在宅業務を実施した患者が最も多い医療機関の規模としては、無床診療所が65%と最も多く、次いで200床未満の病院、400床以上の病院が多かった。結果の順位とその割合は、対象を在宅患者に絞らない場合（問6（3））とほぼ一致した。

図表 37 | 問7(1) 2019年5月～7月で在宅業務を実施した患者がかかっている医療機関のうち、最も患者数の多い医療機関の規模(N=714)



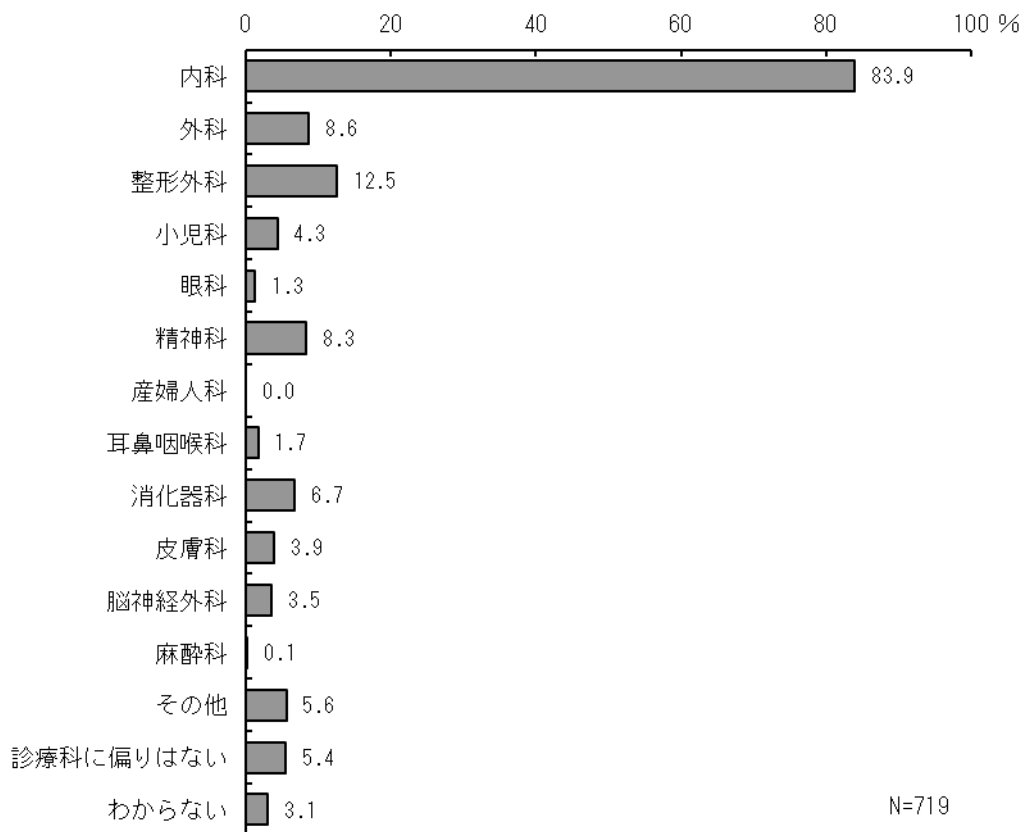
また、上記の医療機関の在宅医療への取り組み状況としては、取り組んでいる医療機関が9割近くに上り、在宅患者に対象を絞らない場合（問6（4））に比べて顕著な差が出た。在宅患者訪問に対応している薬局が、実際に在宅業務の実施に至っている場合、在宅患者の多い医療機関が在宅医療を実施していることが、要諦のひとつとなると想定される。

図表 38 | 問7(2) (1)の医療機関における在宅医療の取り組みの有無(N=720)



また、上記の医療機関から受ける処方箋について取扱いの多い診療科としては、内科が8割強と最も多く、次いで整形外科などが挙げられた。在宅患者に対象を絞らない場合と比較すると、順位はほぼ一致したが、最も取り扱う診療科を内科と回答する割合はやや多かった。

**図表 39 | 問7(3) (1)の医療機関から受ける処方箋について取扱いの多い診療科
(3つまで複数回答)(N=719)**

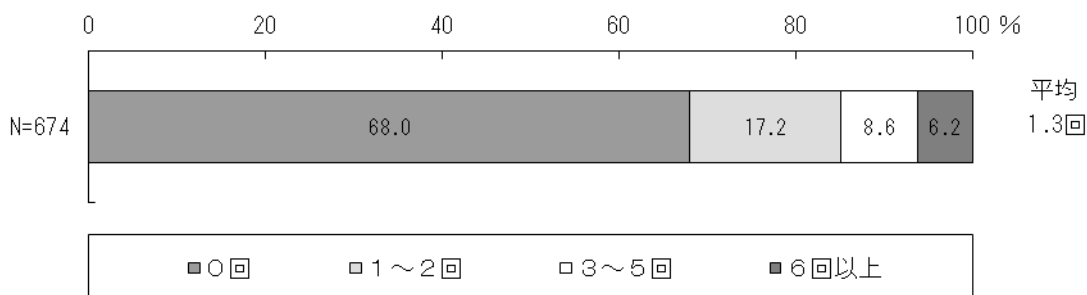


(3) 実施している在宅業務

薬剤師の在宅業務を含む在宅医療においては、末期患者の緊急時対応や看取りといった、時間外における医療提供が期待されることもある。医師や看護師と同じように、薬剤師も時間外であっても患者の緊急時に対応できるか否かが、在宅業務の価値向上や多職種連携の充実に繋がる可能性がある。このため、本調査では時間外における薬剤師の訪問状況を調査した。

2019年7月1か月間において、開局時間外に訪問した回数は、7割弱の薬局が0回と最も多く、次いで1～2回と回答した薬局が2割弱であった。

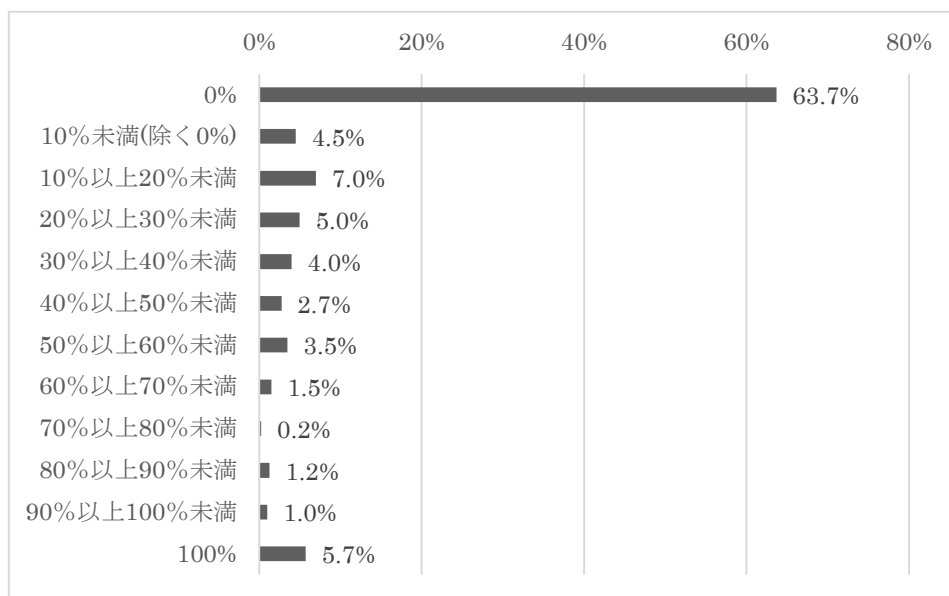
図表 40 | 問 10 2019年7月1か月間に訪問した回数のうち、開局時間外に訪問した回数(N=674)



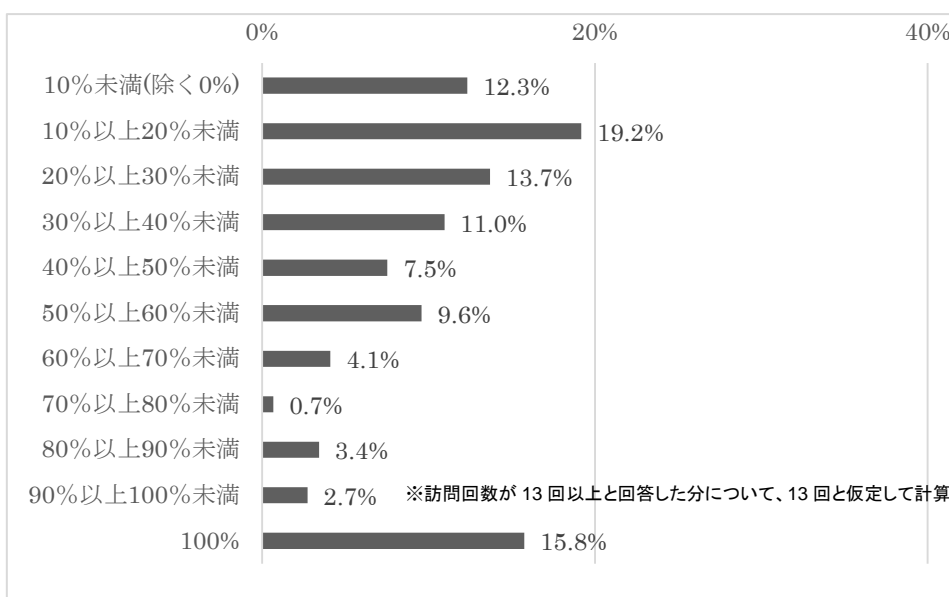
薬剤師の在宅業務では、患者の状態に基づき1か月間に訪問できる回数の上限が定められている。しかし実際の訪問回数がこれを越えている場合がしばしばあるとされ、本調査ではその実態を明らかにすることも目指した。

2019年7月1か月間の訪問した件数と、在宅患者訪問薬剤管理指導料または居宅療養管理指導費を算定できないことがあった件数を調査した。その結果をもとに、薬局ごとの延べ訪問件数の中の算定できなかった件数の割合を集計した。6割超の薬局が訪問した回数すべてについて点数を算定できているものの、算定できていない薬局については、その比率は二極化する傾向が見られた。

図表 41 | 問 9 延べ訪問件数の内、算定できなかった件数の割合(N=402)
(算定できなかった回数が 0 回の薬局を含む)



図表 42 | 問 9 延べ訪問件数の内、算定できなかった件数の割合(N=146)
(算定できなかった回数が 0 回の薬局を含まない)

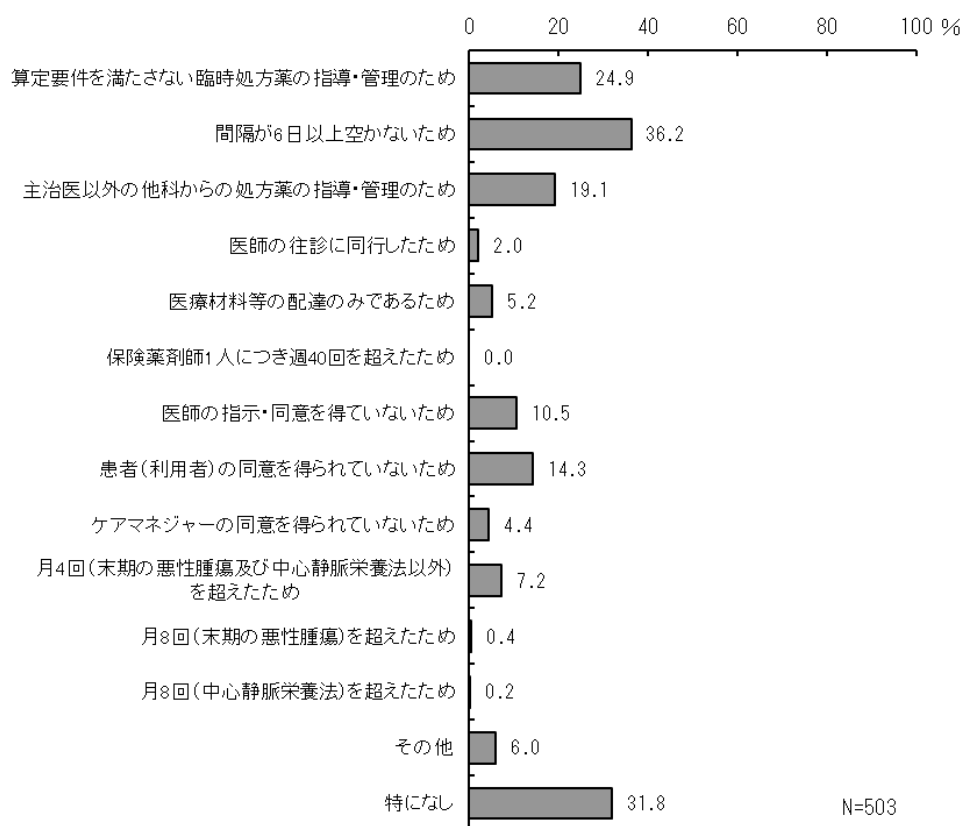


また、2019年7月1か月間の訪問患者のうち、在宅患者訪問薬剤管理指導料または居宅療養管理指導費を算定できないことがある場合、点数を算定できなかった理由を調査した。

最も多かったのは「間隔が6日以上空かないため」であり、次いで「特になし」であった。また「特になし」の次には、「算定要件を満たさない臨時処方薬の指導・管理のた

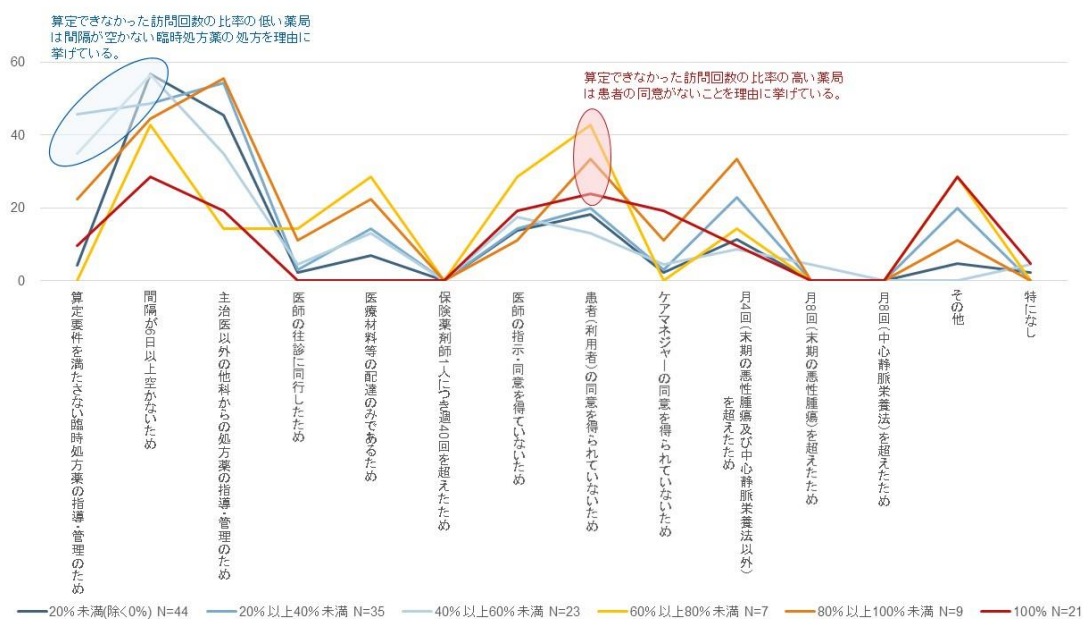
め」「主治医以外の他科からの処方薬の指導・管理のため」が多かった。地域包括ケアシステムやかかりつけ薬剤師制度に期待される効果のひとつには、患者が抱える複数の疾患や複数の服用薬を一元管理し、相互作用や重複投薬を防ぐことが挙げられる。臨時処方薬や主治医以外の他科からの処方薬を扱おうとする業務は、この一元管理の一部と捉えることもでき、その必要性に応じて、これらの業務に報いることのできる体制を整えることが、地域包括ケアシステムにおける在宅医療の充実、ひいては患者の薬物治療の効果と安全性の向上に繋がるのではないかと。さらにその次に多かった項目として、「患者（利用者）の同意を得られていないため」や「医師の指示・同意を得られていないため」が挙げられた。医師の指示のもとで行うことが原則とされる在宅業務を薬剤師の独断で実施することは是認され難いが、薬剤師が必要性を感じて行っている業務である場合、その課題意識を患者や医師と共有し議論できる体制を構築することを検討する意義はあると思われる。

図表 43 | 問 11 2019 年 7 月 1 か月間の訪問患者のうち、在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費を算定できないことがある場合、点数を算定できない理由(複数回答)(N=503)



また、算定できなかった訪問回数比率別に算定できなかった理由を分析すると、算定できなかった比率の高い薬局は患者の同意がないことを理由に挙げている。逆に、算定できなかった訪問回数の比率の低い薬局は、間隔が空かない臨時処方薬の処方を理由に挙げている。

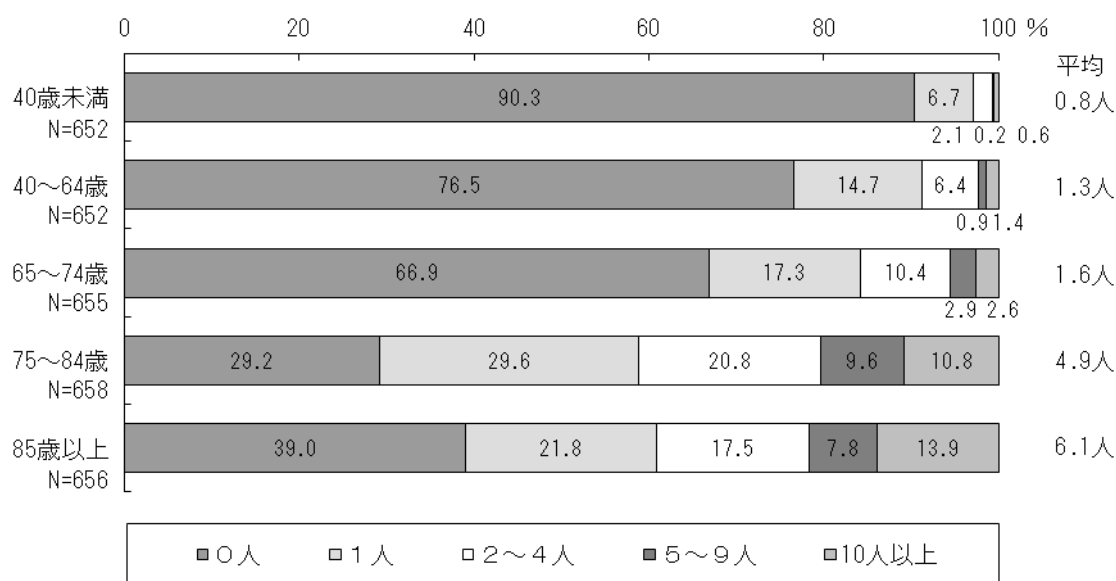
図表 44 | 問 9 算定できなかった訪問回数比率×問 11 算定できなかった理由(複数回答)



次に、各薬局が訪問している患者の属性を調査した。

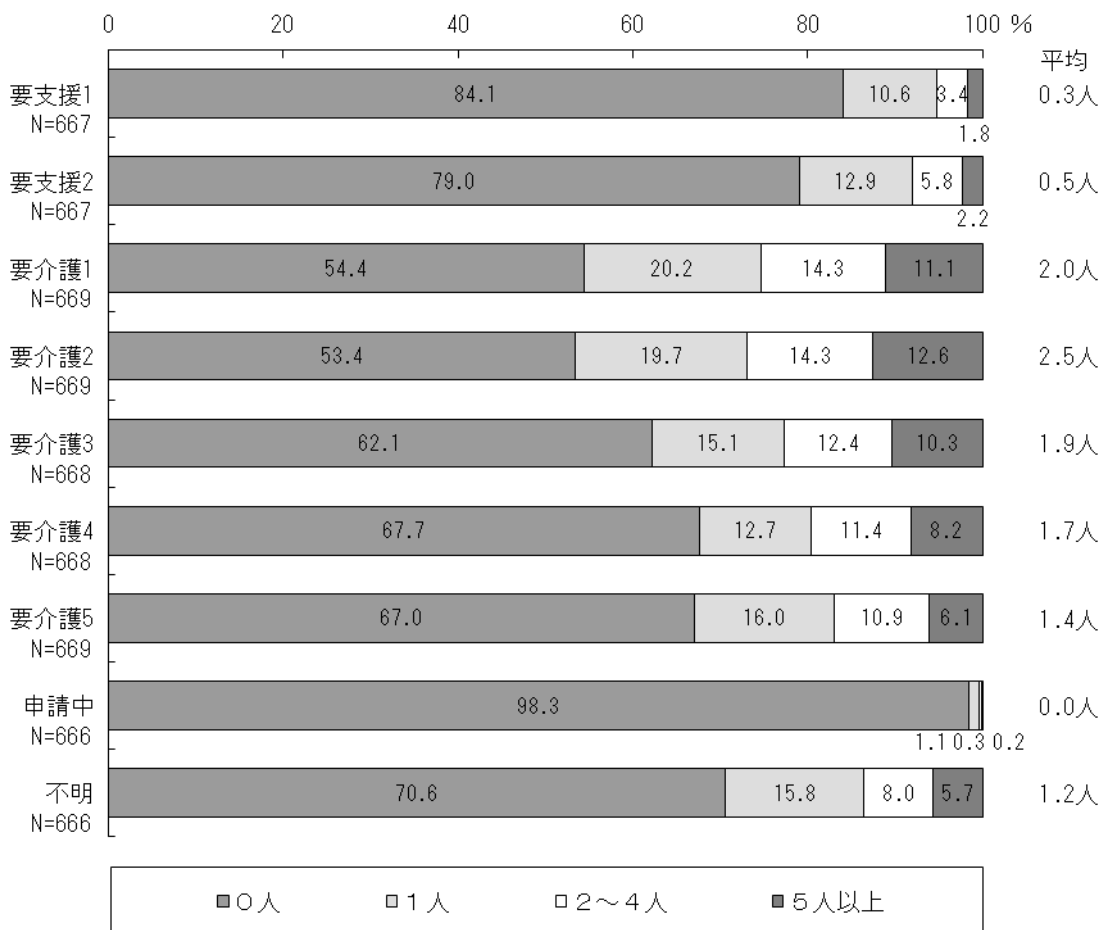
まず、年齢階級としては、85歳以上の患者が最も多く、薬局あたり平均6.1名であった。次いで、75～85歳未満の患者が多く、薬局あたり平均4.9名であった。次いで65歳～74歳の患者が多く、薬局あたり1.6名であった。在宅業務は特に75歳以上の高齢の患者に多く実施されていると言える。

図表 45 | 問12(1) 訪問している患者の年齢階級別人数(2019年7月の1か月間)
(N=652~658)



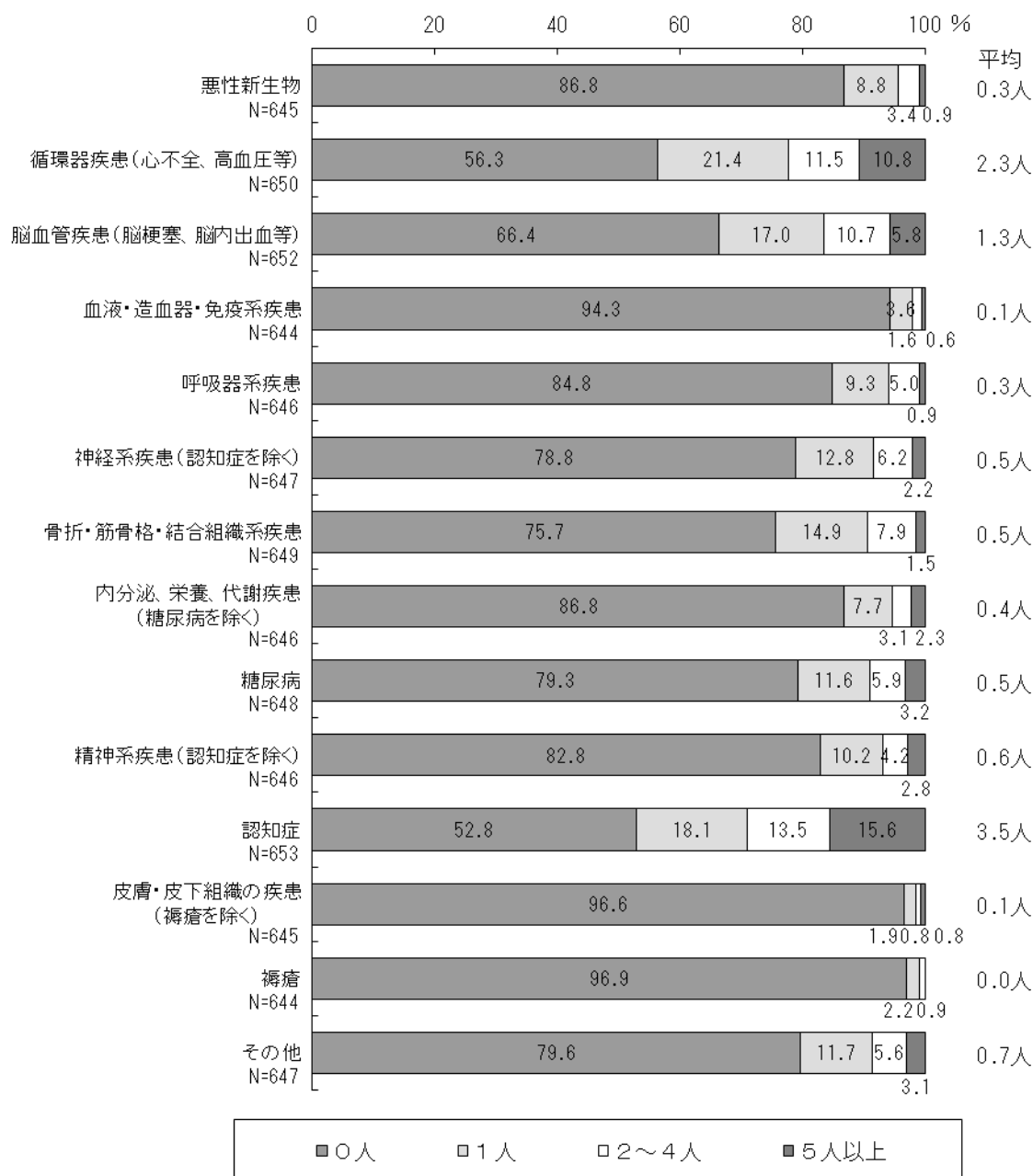
また、訪問している患者の要介護度・要支援度としては、要介護1および2が最も多く、患者数は薬局あたり各2名程度であった。次いで要介護3,4,5が多く、患者数は薬局あたり各2名弱であった。

図表 46 | 問12(2) 訪問している患者の要介護度別人数(2019年7月の1か月間)
(N=666~669)



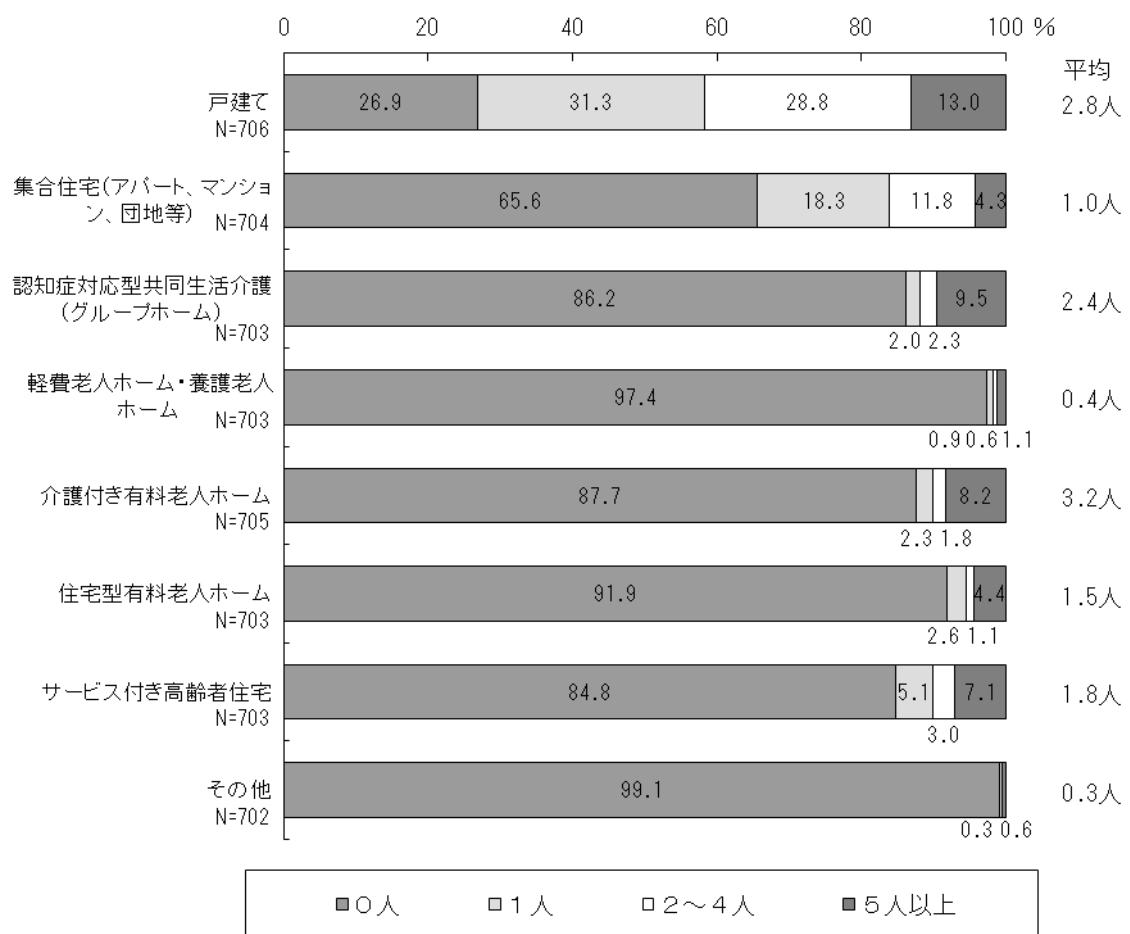
また、患者の主傷病としては、認知症と循環器疾患が最も多く、認知症は薬局あたり3.5名、循環器疾患は薬局あたり2.3名であった。次いで脳血管疾患が多く、薬局あたり1.3名であった。認知症は服薬忘れなどのアドヒアランスの低さ、循環器疾患は併用薬剤数の多さ、脳血管疾患は後遺症による服薬動作困難などが、それぞれ関係していると推察される。

図表 47 | 問 12(3) 訪問している患者の主傷病別人数(2019年7月の1か月間)
(N=644~653)



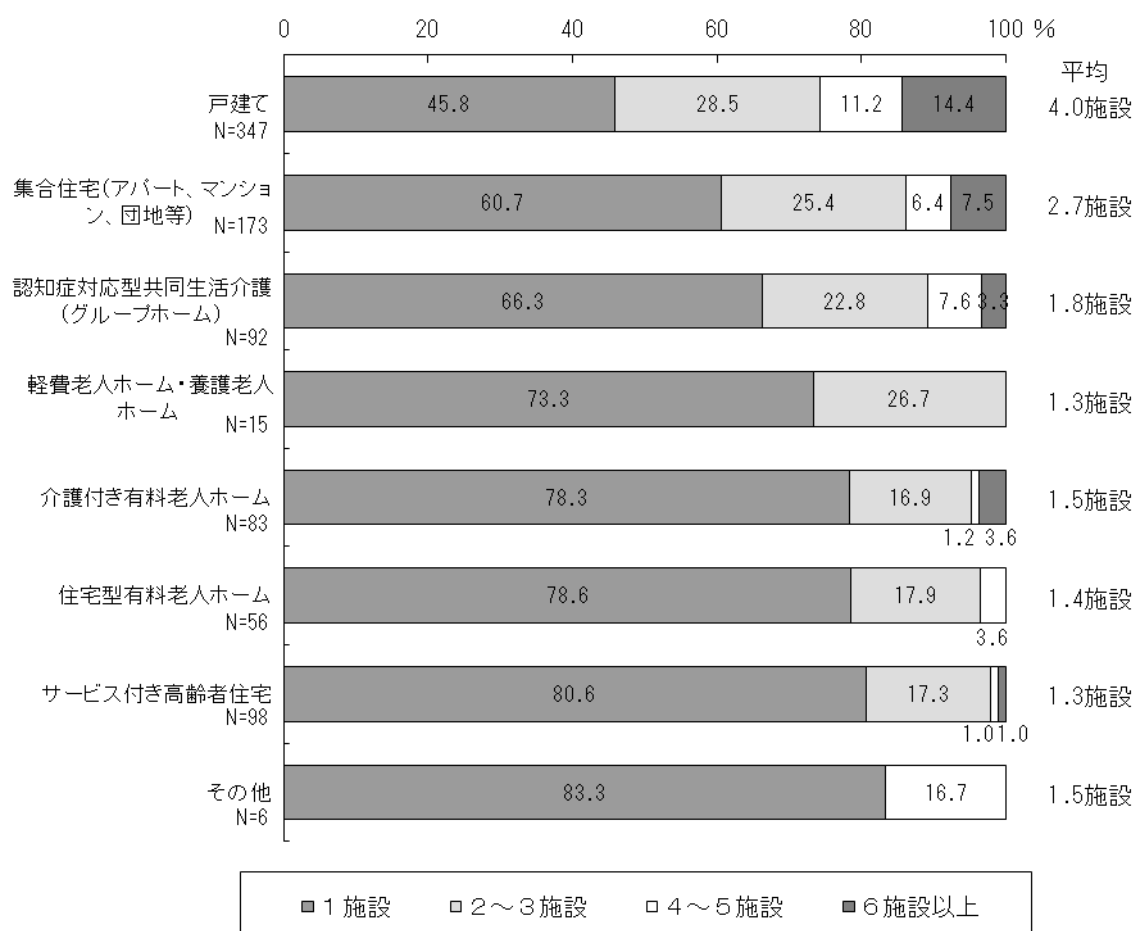
また訪問した建物の類型ごとの実施状況として、訪問者数で比較すると、戸建てを挙げた薬局が最も多く、次いで集合住宅（アパート、マンション、団地など）、サービス付き高齢者住宅の順で多かった。

図表 48 | 問 13 訪問した建物の類型ごとの実施状況(2019年7月の1か月間)
—訪問者数(N=702~706)



一方、訪問建物数で比較すると、戸建てでは半数以上の薬局が2～3施設以上に訪問している一方で、その他の種類の建物では6割以上の薬局が1施設のみに訪問していた。

図表 49 | 問 13 訪問した建物の類型ごとの実施状況(2019年7月の1か月間)
— 訪問建物数(N=6~347)

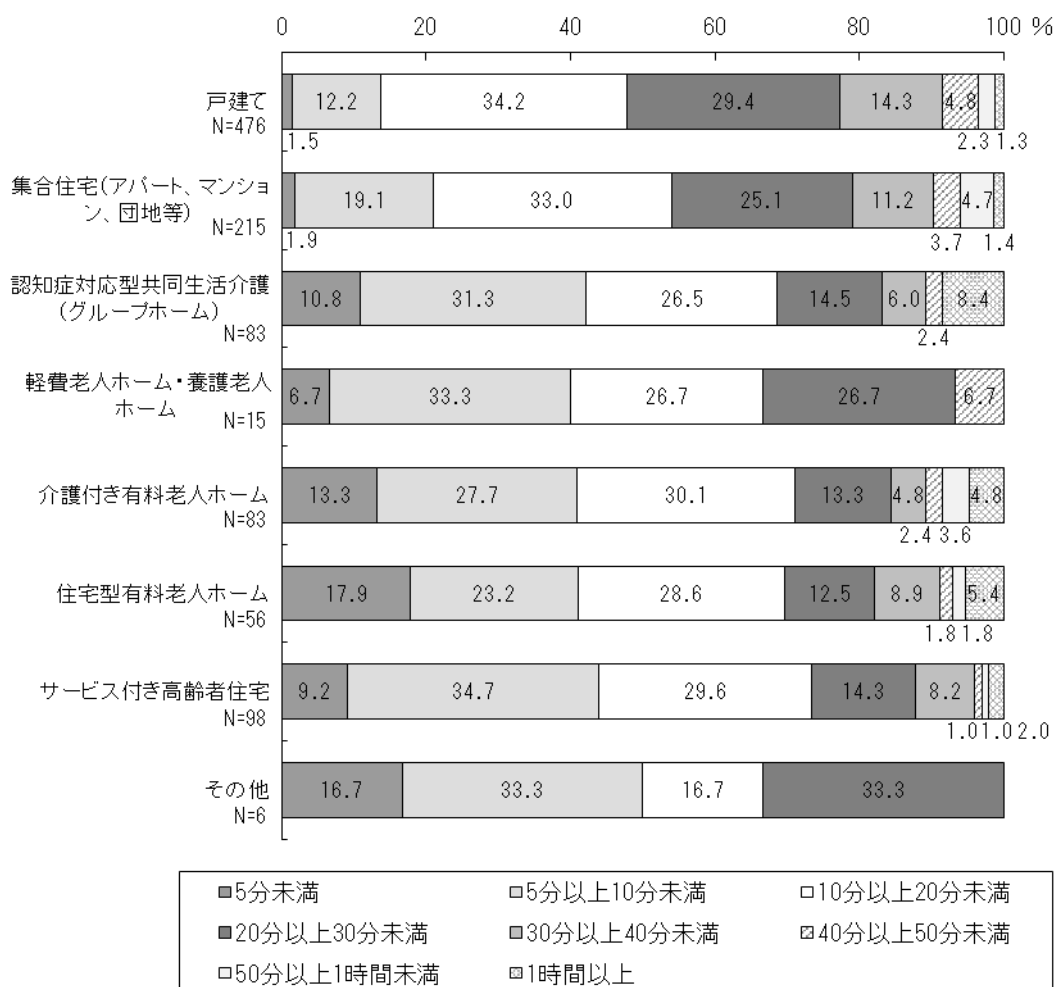


さらに、患者一人あたりの平均滞在時間で比較すると、戸建て、集合住宅では、最も多いのが10～20分の場合、次に多いのが20分～30分の場合であった。また、認知症対応型共同生活介護、経費老人ホーム・養護老人ホーム、サービス付き高齢者住宅では最も多いのが5分～10分の場合、次に多いのが10分～20分の場合であった。さらに、介護付き有料老人ホームと住宅型有料老人ホームでは、最も多いのは10分～20分の場合、次に多いのが5分～10分の場合であった。

すなわち、患者ひとりあたりの滞在時間としては、戸建てと集合住宅が最も長く、次に長いのは介護付き有料老人ホームと住宅型有料老人ホームで、認知症対応型共同生活介護、経費老人ホーム・養護老人ホーム、サービス付き高齢者住宅では比較的滞在時間が短

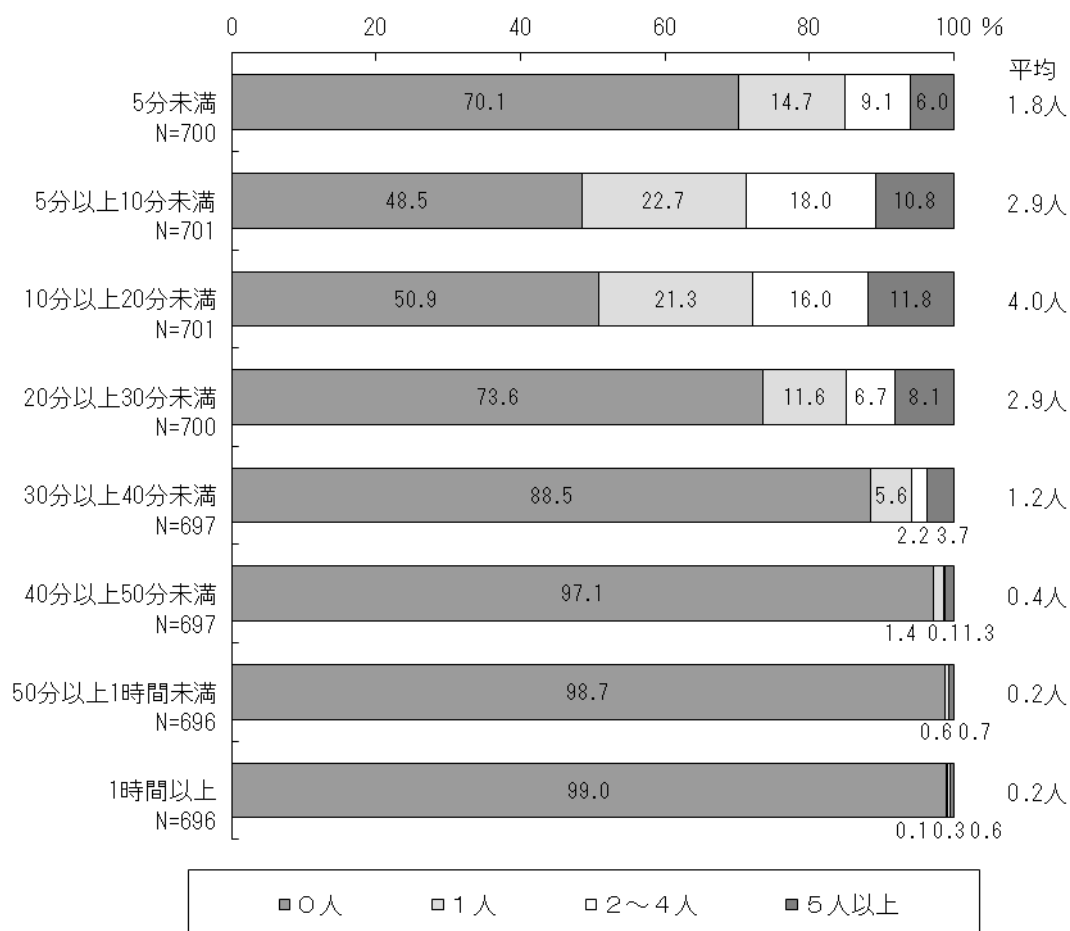
いことがわかった。

図表 50 | 問 13 訪問した建物の類型ごとの実施状況(2019年7月の1か月間)
—患者一人あたりの平均滞在時間(N=6~476)



訪問にかかる片道の移動時間について、所要時間ごとの患者数を調査したところ、5分以上10分未満の薬局が最も多い一方、患者数が最も多いのは10分以上20分未満の場合であった。また30分以上かかっている場合はほとんどないことがわかり、薬局の近くに居住する患者に訪問する機会が多いことがわかった。

図表 51 | 問 14 訪問にかかる片道の移動時間について、所要時間ごとの患者数
(N=696~701)



また、薬剤師による在宅業務はどんな場合に必要とされ、開始/継続されるのかを明らかにするため、薬剤師が在宅業務を通じて改善を試みる患者の薬剤管理における問題点やニーズについて調査した。

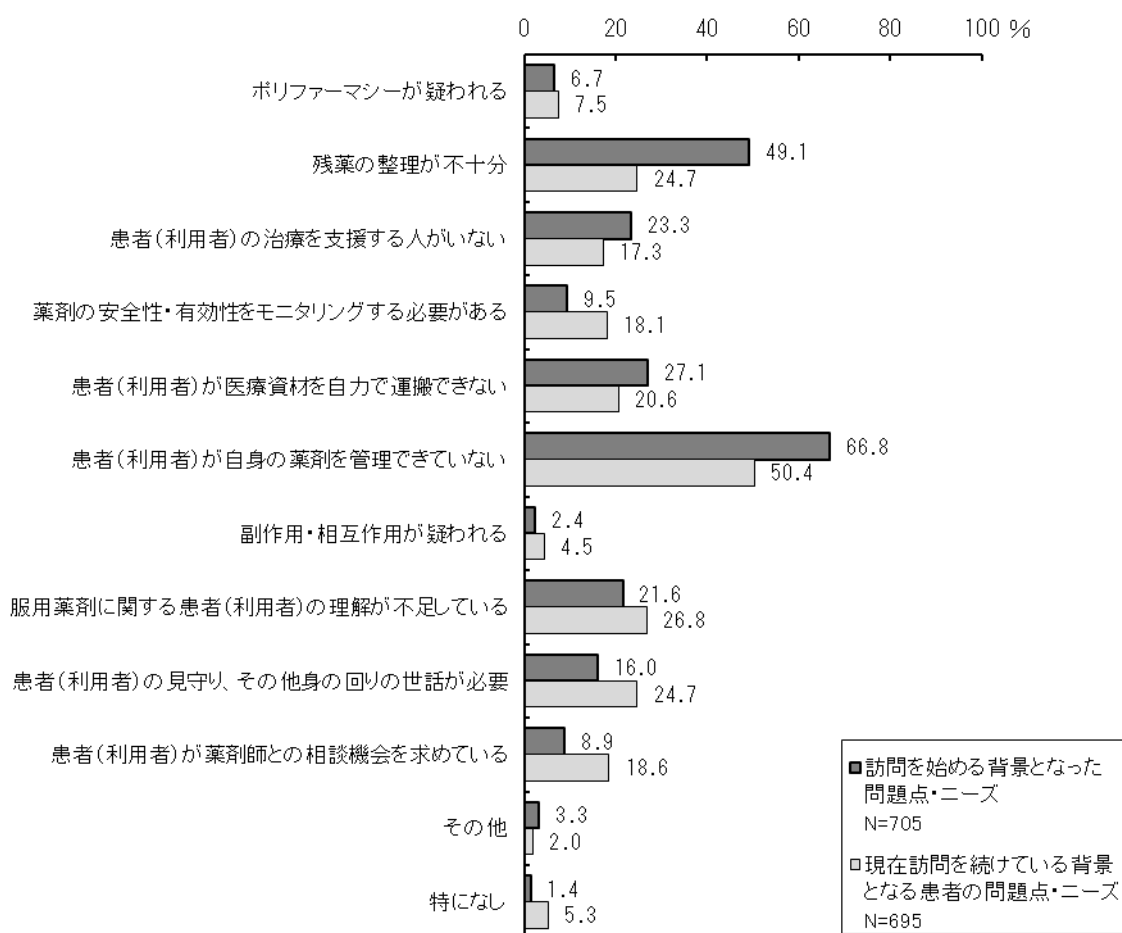
開始/継続のいずれにおいても、問題点・ニーズとして最も多かったのは「患者が自身の薬剤を管理できていない」であった。また開始の背景になる問題点・ニーズで次に多かったのは「残薬の整理が不十分」であった。また継続する背景になる問題点・ニーズで次に多かったのは、「服用薬剤に関する患者の理解が不足している」「患者の見守り、その他身の回りの世話が必要」「残薬の管理が不十分」などであった。

すなわち、薬剤師の在宅業務が必要だと判断される最大の場面は「残薬整理を含む薬剤管理」であり、また患者と関わる中で患者自身の理解不足や周囲の支援の不足に直面していると思われる。患者自身の理解不足や周囲の支援の不足は、薬剤管理を適正化させる際の阻害要因にもなり得る。薬剤師の指導により理解を促すとともに、患者家族や他の職種との連携を通じて生活全体への支援を充実させていくことが望ましいと思われる。

図表 52 | 問 15 薬剤管理上の問題点・ニーズ(3つまで複数回答)

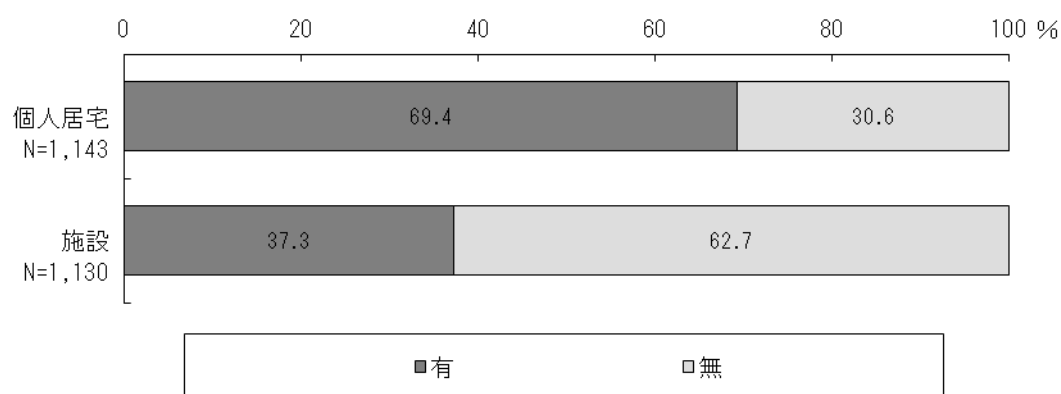
(訪問を始める背景となった問題点・ニーズ:N=705)

| 現在訪問を続けている背景となる患者の問題点・ニーズ:N=695)



在宅患者訪問に対応している薬局が、現在は在宅業務を実施していないが過去に実施していた経験がある場合も含めて、実際に在宅業務を実施した経験があるかどうかを調査した。結果、個人居宅に対する訪問経験がある薬局は7割、施設に対する訪問経験がある薬局は4割弱であった。（ここで、施設とは高齢者住まい等（在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費の算定対象となる建物に限る）を指す。）

図表 53 | 問 16 個人居宅又は施設への訪問の実施経験の有無
（個人居宅:N=1,143 | 施設:N=1,130）

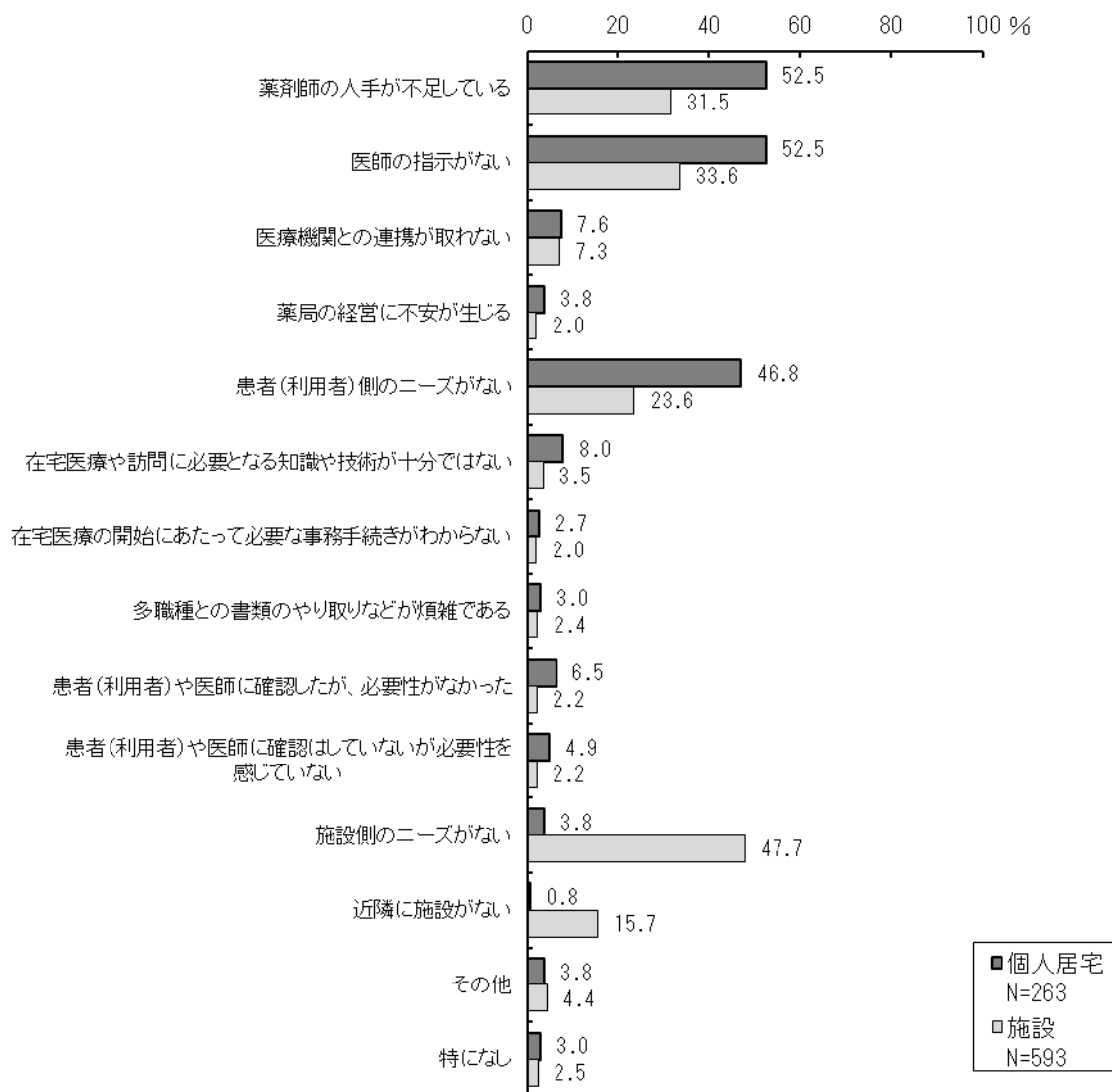


訪問を実施した経験のない薬局に対し、訪問を実施していない理由も調査したところ、個人居宅では「薬剤師の人手が不足している」「医師の指示がない」の2つが最も多く、次いで「患者のニーズがない」が多かった。一方、施設では「施設側のニーズがない」が最も多く、次いで「医師の指示がない」「薬剤師の人手が不足している」が多かった。

以上より、個人居宅への在宅業務の実施は、薬剤師の人手を確保できるか、および、医師が薬剤師による在宅業務の必要性や価値を認識し指示を出すか、という在宅業務の提供者側の課題がある一方、施設への在宅業務の実施では、在宅業務の受け手である施設側にニーズがないという課題があることがわかった。施設向けの在宅業務を普及させるには、人手の充実に加え、施設に対し薬剤師の在宅業務が発揮しうる価値を認識してもらう啓蒙活動が鍵となると推察される。

図表 54 | 問 16 訪問を実施していない理由

(個人居宅:N=263 | 施設:N=593)

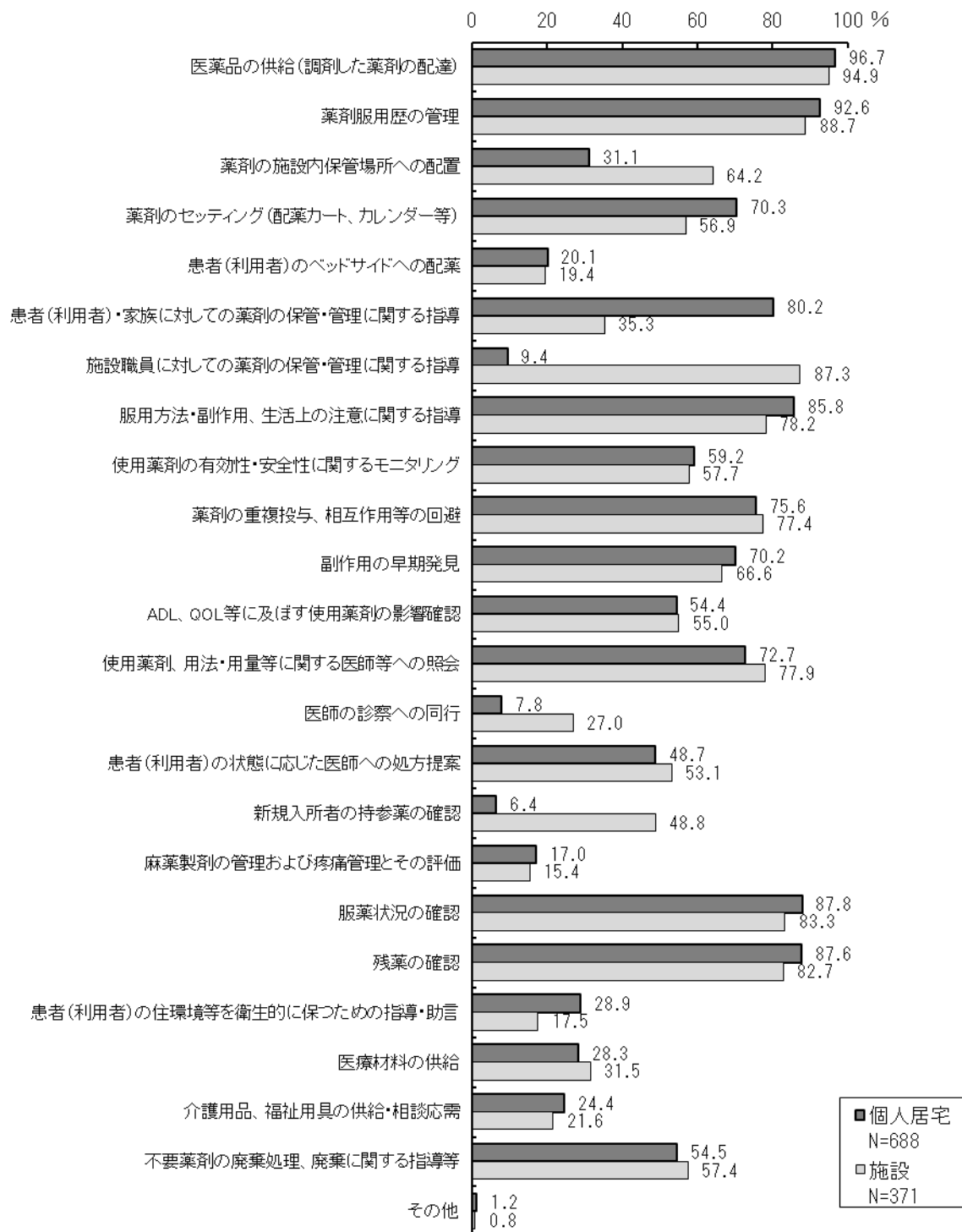


在宅業務を実施している薬剤師が個人居宅又は施設で実施している業務としては、「医薬品の供給（調剤した薬剤の配達）」が95%程度とどちらも最も多く、次いで「薬剤服用歴の管理」「服薬状況の管理」「残薬の確認」「服用方法・副作用、生活上の注意に関する指導」などが特に多かった。また、その次に、個人居宅では「患者（利用者）・家族に対する薬剤の保管・管理に関する指導」が多かった。一方施設では「施設職員に対する薬剤の保管・管理に関する指導」が多く、「患者（利用者）・家族に対する薬剤の保管・管理に関する指導」も3割程度の薬局が実施していた。すなわち、医薬品の供給の他には、服薬状況や残薬の管理、次いで患者・家族・施設職員への指導が主な業務となってい

ることがわかった。

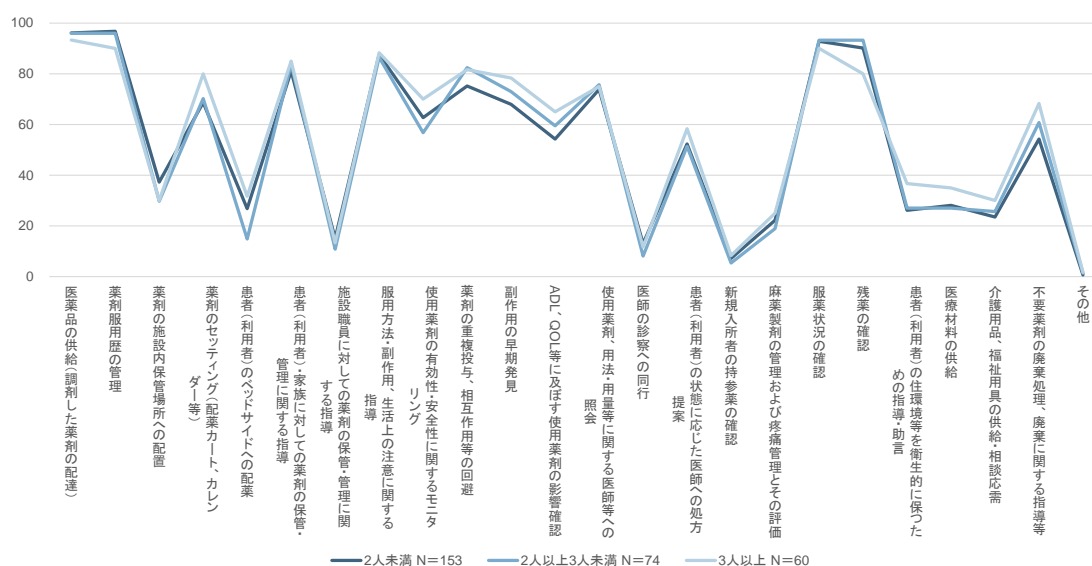
図表 55 | 問 17 個人居宅又は施設で実施している業務(複数回答)

(個人居宅:N=688 | 施設:N=371)



また、体制面での充実度合いがどの程度実施業務に影響するかを調査するために、在宅業務を行う薬剤師の数ごとに実施している業務をクロス集計した。その結果、薬剤の重複投与や副作用の早期発見等は、薬剤師数が多い薬局ほど実施率が高まることが分かった。薬剤の供給・情報提供を超えた、薬剤師の専門的知見を活かした業務は、体制面での充実が一定程度影響していると言える。

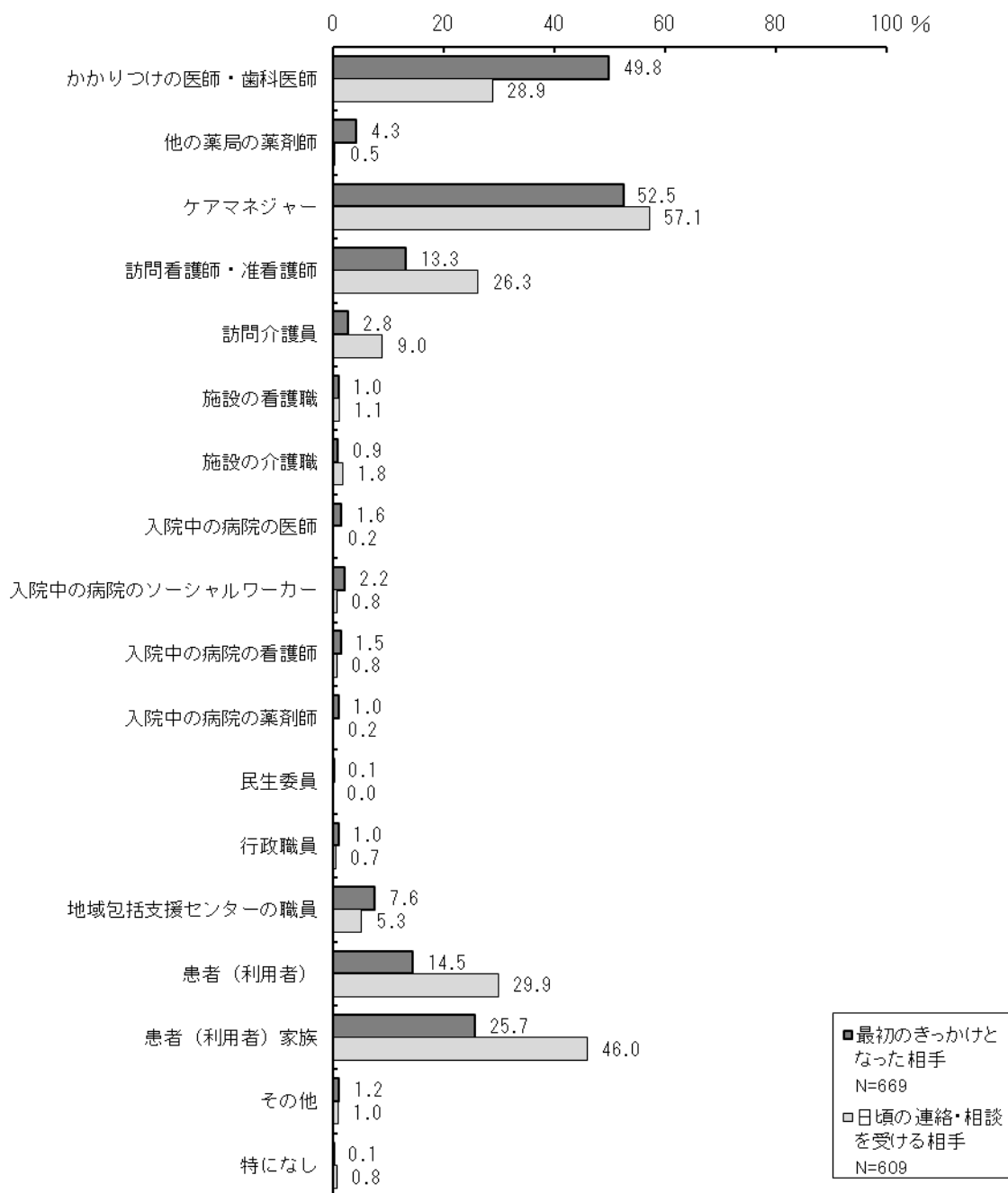
図表 56 | 問 1(4)在宅業務を行う薬剤師数×問 17 個人居宅で実施している業務(複数回答)
 (2人未満:N=153 2人以上3人未満:N=74 3人以上:N=60)



前段でも述べた通り、薬剤師による在宅業務を含む地域包括ケアシステムが発展するには、多職種間での連携の充実が要諦となる。このため、薬剤師が在宅業務を開始/継続するにあたり連携する多職種やその方法について調査した。

まず、個人居宅においては、在宅業務を行う最初のきっかけになった相手としては、ケアマネジャーとかかりつけの医師・歯科医師が最も多く、次いで患者家族、患者本人や訪問看護師・准看護師の順で多かった。また日頃の連絡・相談を受ける相手としては、ケアマネジャーが最も多く、次いで患者家族、患者本人やかかりつけの医師・歯科医師、訪問看護師・准看護師の順で多かった。

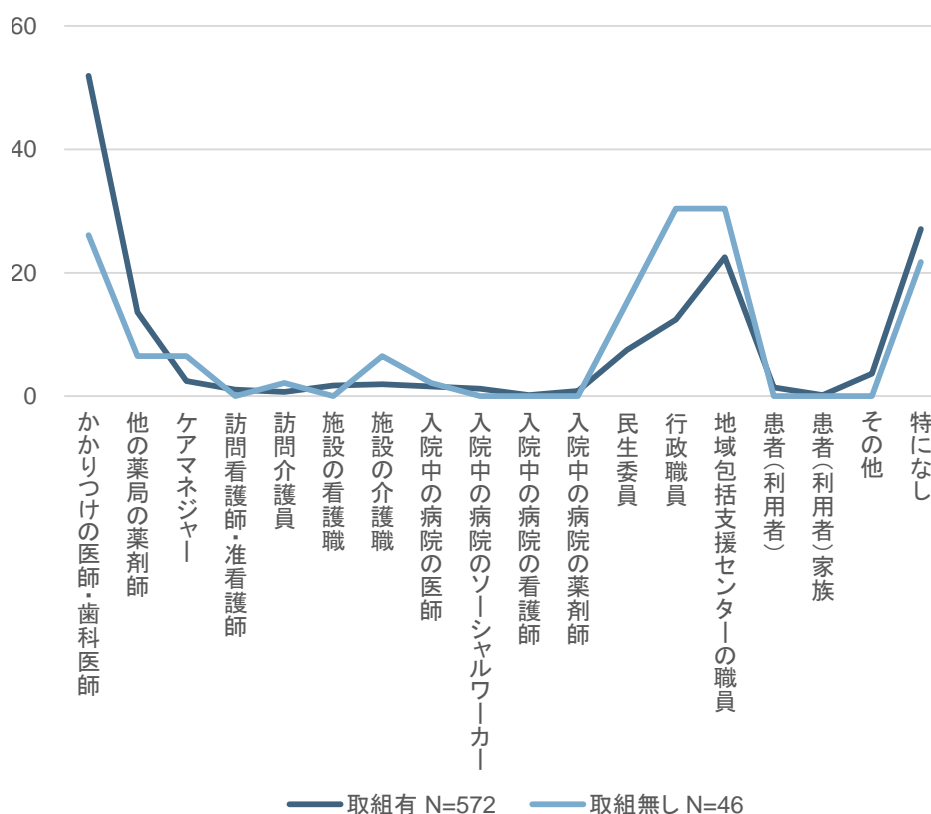
**図表 57 | 問 18(1) 在宅業務を行う最初のきっかけとなった相手、
日ごろの連絡・相談を受ける相手__個人居宅(上位 3 つまで)**
(最初のきっかけとなった相手:N=669 | 日頃の連絡・相談を受ける相手:N=609)



医療機関側の在宅への取組意向が、在宅を始めるきっかけや日頃の連絡状況にも影響するのではないかという仮説のもと、在宅患者を最も多く輩出している医療機関が在宅に取り組んでいるかどうかと、在宅業務を行う最初のきっかけ、日頃連絡を取る相手とのクロス集計を行った。その結果在宅患者の多い医療機関が在宅業務に取り組んでいる場合は、医師がきっかけになる率が高く、取組がない場合は行政職員が台頭することが分かった。

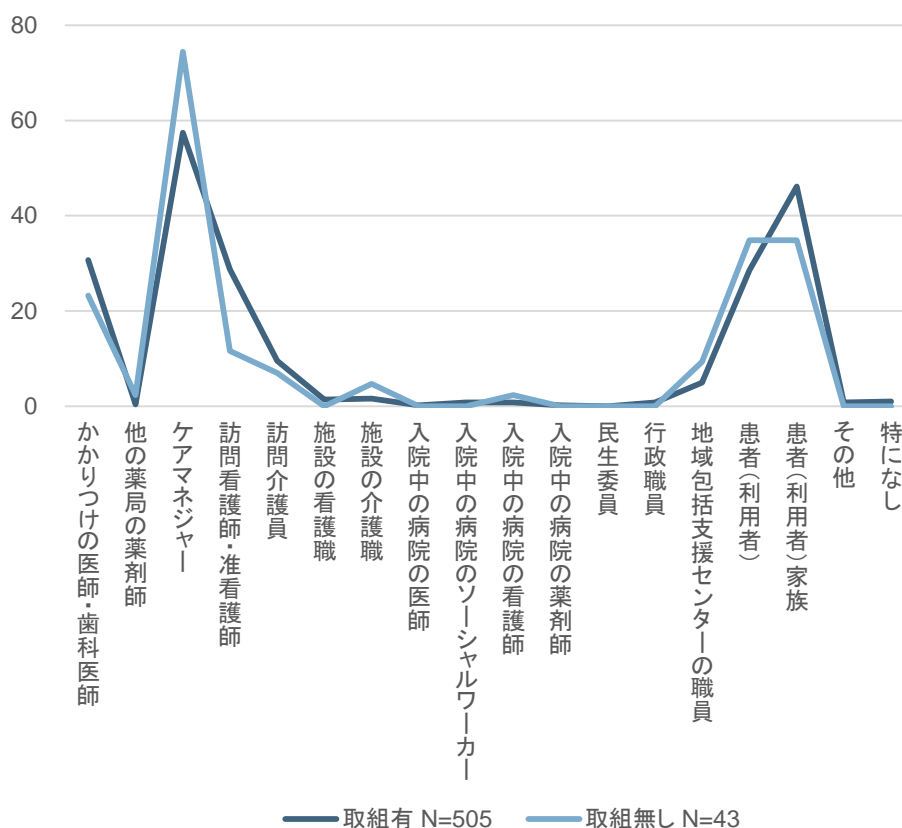
医師の在宅業務に対する関心・意欲を高めることで、薬剤師の在宅業務を推進することにもつながると言える。また、医療機関が在宅業務への関心を示さない場合には、行政職員や地域包括支援センターの職員との連携をとることが重要になるともいえよう。

図表 58 | 問 7(2) 在宅患者の多い医療機関の在宅取組有無
×問 18(1)在宅業務を行う最初のきっかけとなった相手_個人居宅(上位 3 つまで)
(在宅取組有:N=572 | 在宅取組無:N=46)



また、日頃連絡を取り合う相手については、医療機関の在宅業務の実施有無にかかわらずケアマネジャーが最も多い結果となった。ケアマネジャーが患者に関わる様々な職種との連携の中心となっていることがうかがえる。

図表 59 | 問 7(2) 在宅患者の多い医療機関の在宅取組有無
×問 18(1)日頃連絡を取る相手_個人居宅(上位 3 つまで)
(在宅取組有:N=505 | 在宅取組無:N=43)



さらに、薬局側がどれだけ在宅業務を充実させているかが、患者の紹介を受ける相手や連絡を取り合う相手に影響するかを調査した。

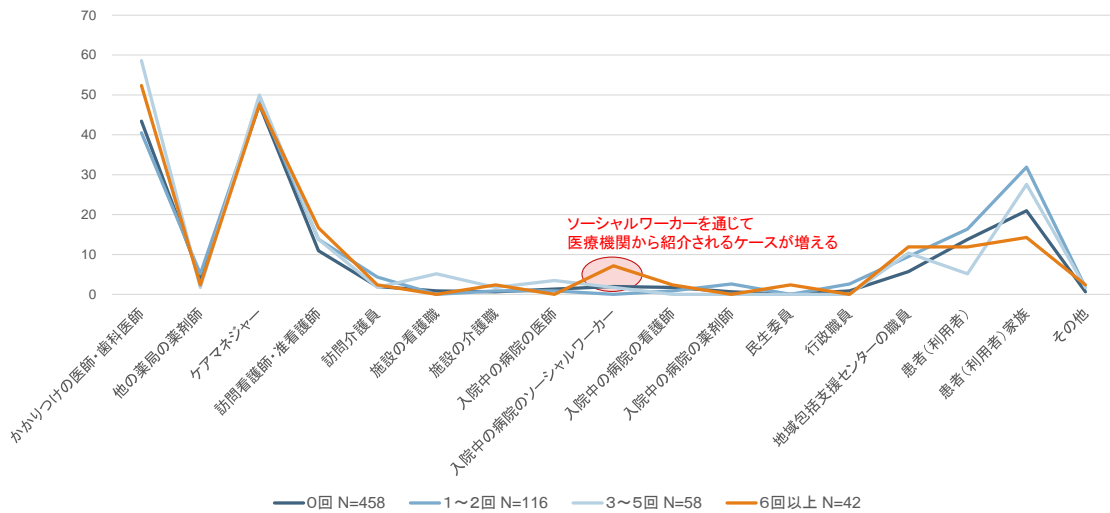
在宅業務をどれだけ充実させているかを示す一つの指標として、検討会での専門家の意見を踏まえ、時間外に対応した件数を利用した。これは、特に重度・終末期の患者になると、夜間・休日問わず疼痛管理や薬の量の調整といった業務が発生するためである。

クロス集計を取った結果、時間外の訪問件数が多い薬局においては、入院中の医療機関のソーシャルワーカーを通じて紹介されるケースが増える。

図表 60 | 問 10 時間外に対応した件数

×問 18(1)在宅のきっかけとなった相手__個人居宅(上位 3 つまで)

(時間外対応件数 0 回:N=458 | 1~2 回:N=116 | 3~5 回:N=58 | 6 回以上:N=42)

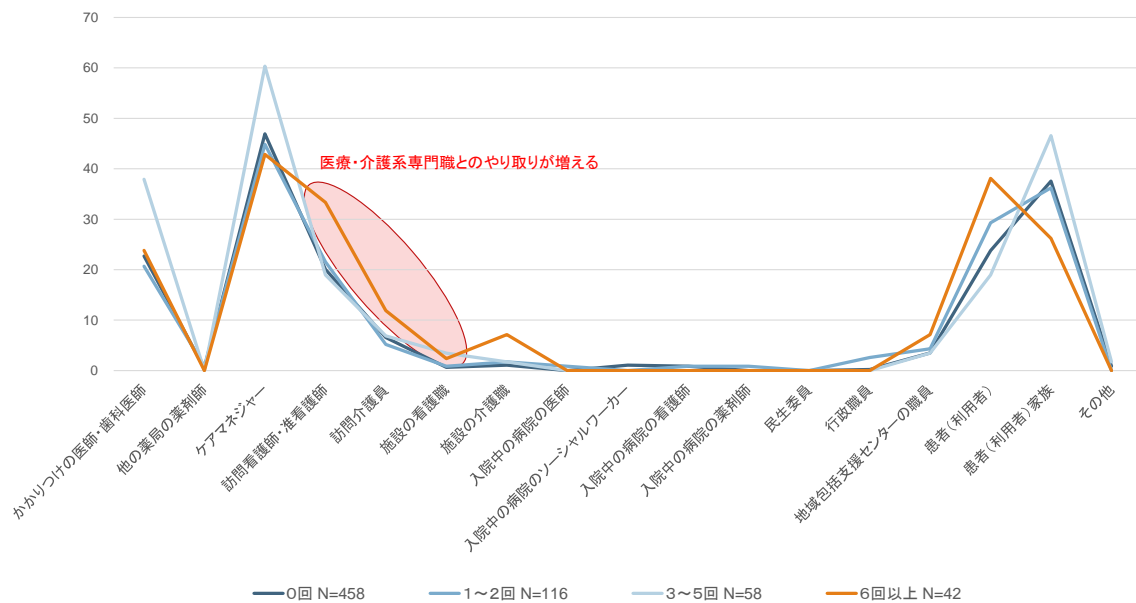


また、日頃連絡・相談を受ける相手については、時間外に対応した件数が多いほど、訪問看護師や訪問介護士など、日常的に患者宅を訪問している他の専門職との連携が多くなる傾向が見られる。

図表 61 | 問 10 時間外に対応した件数

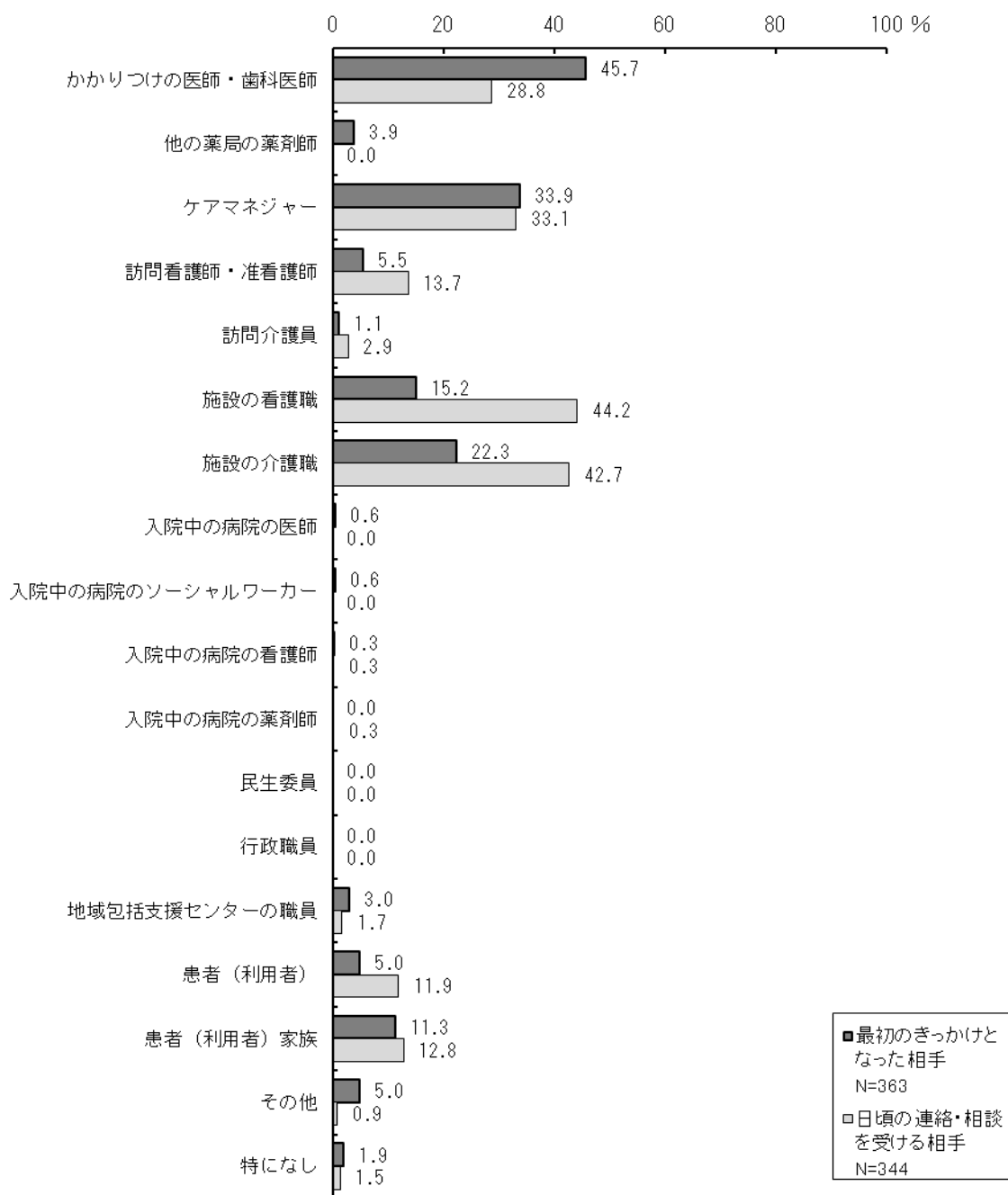
×問 18(1)日頃連絡・相談を受ける相手__個人居宅(上位 3 つまで)

(時間外対応件数 0 回:N=458 | 1~2 回:N=116 | 3~5 回:N=58 | 6 回以上:N=42)



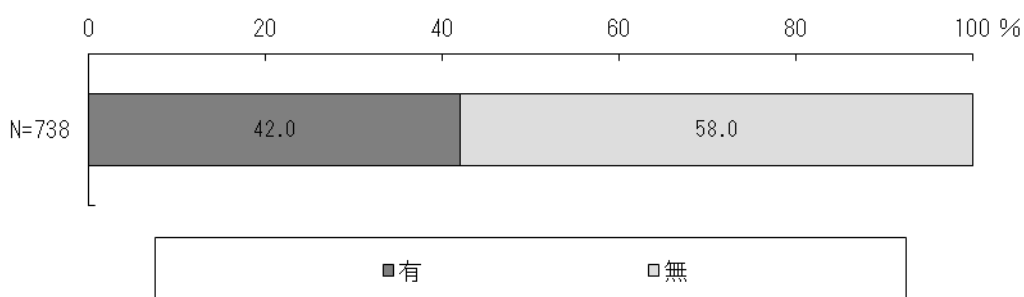
一方、施設において、在宅業務を行う最初のきっかけになった相手としては、訪問指示を行う医師が最も多く、次いでケアマネジャー、施設の介護職・看護職が多かった。また、日ごろの連絡・相談を受ける相手としては、施設の看護職・介護職が最も多く、次いでケアマネジャー、医師の順に多かった。

**図表 62 | 問 18(1) 在宅業務を行う最初のきっかけとなった相手、
日ごろの連絡・相談を受ける相手__施設(上位 3 つまで)**
(最初のきっかけとなった相手:N=363 | 日頃の連絡・相談を受ける相手:N=344)

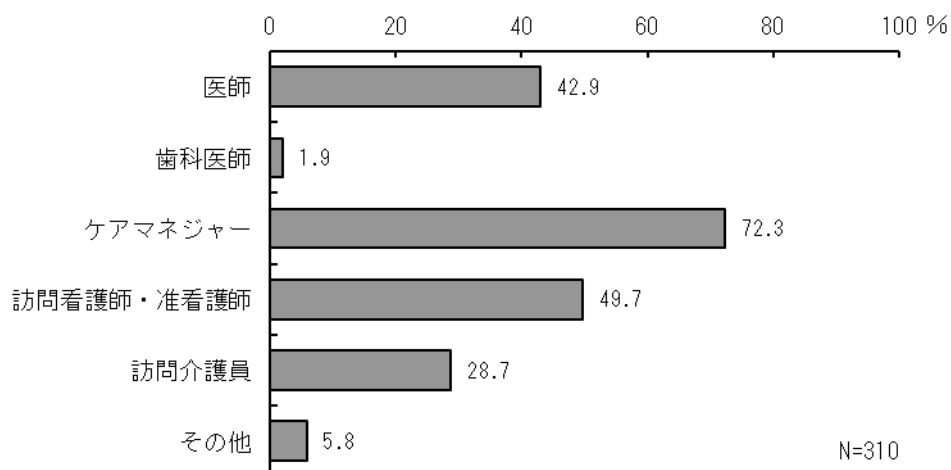


また、多職種連携の形のひとつとして、患者宅への同行訪問がある。これの実施状況を調査したところ、多職種との同行訪問を実施したことがある薬局は4割強にとどまった。また同行した多職種としては、ケアマネジャーが最も多く、次いで訪問看護師・准看護師、医師、訪問介護員の順に多かった。

図表 63 | 問 18(2) 患者を訪問する際、多職種と同行訪問を実施したことがありますか (2019年7月の1か月間)(N=738)



図表 64 | 問 18(2) 患者を訪問する際、同行した多職種(N=310)

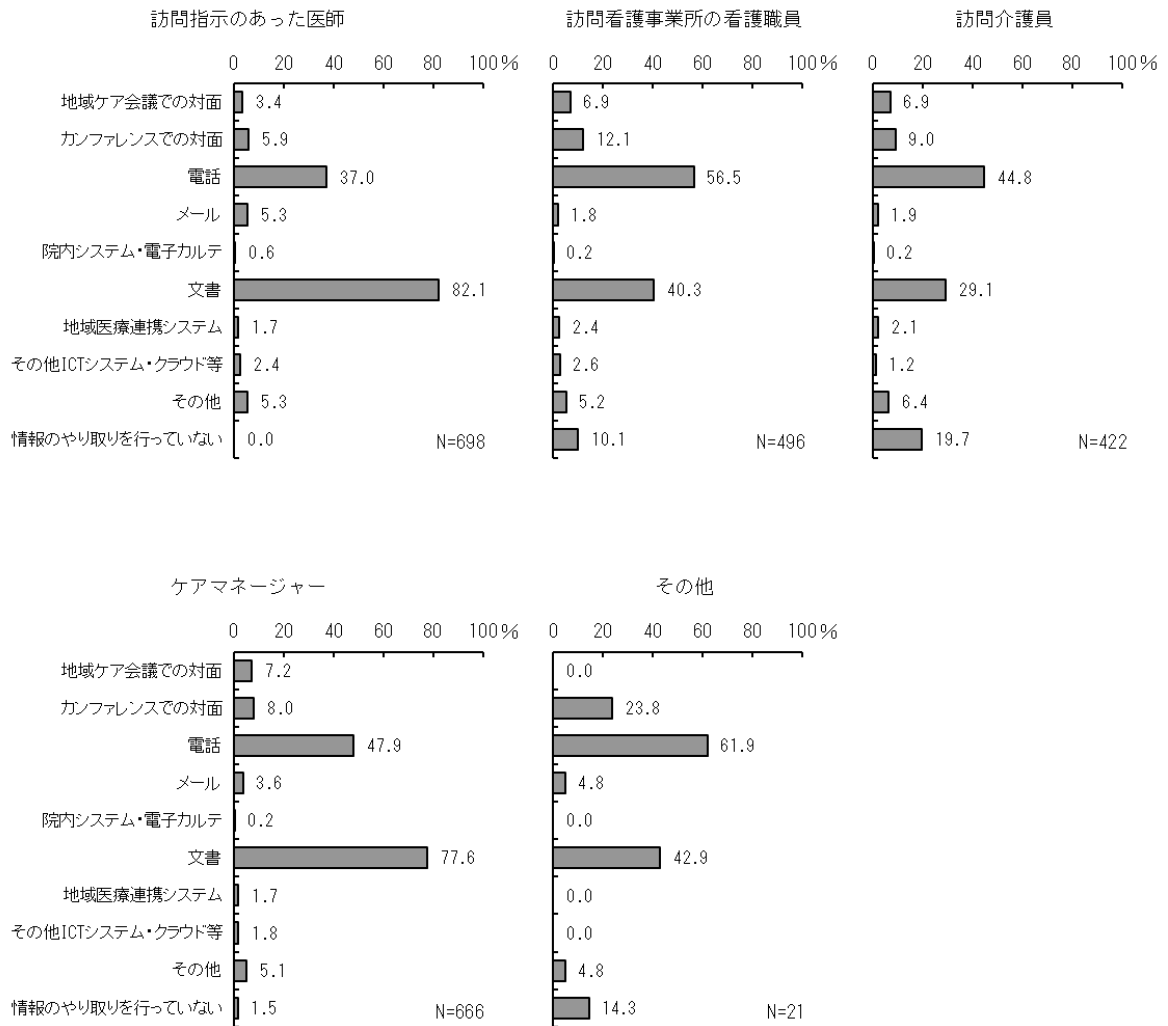


さらに、多職種連携を実施する上で利用される手段についても調査した。

まず、訪問結果の報告・共有における手段としては、医師とケアマネジャーに対しては文書が最も多く次いで電話であったのに対し、訪問看護事業所の看護職員、訪問介護員、その他においては電話が最も多く次いで文書であった。また地域ケア会議、カンファレンス、院内システムや電子カルテ、地域医療連携システム等の手段はいずれもほぼ10%未満にとどまり、利用頻度が少ない、または普及が進んでいない様子が見える。

図表 65 | 問 18(3) 多職種と情報のやりとりをする際の手段として頻度の高いもの
(3 つまで複数回答)

①訪問結果の報告・共有(N=21~698)

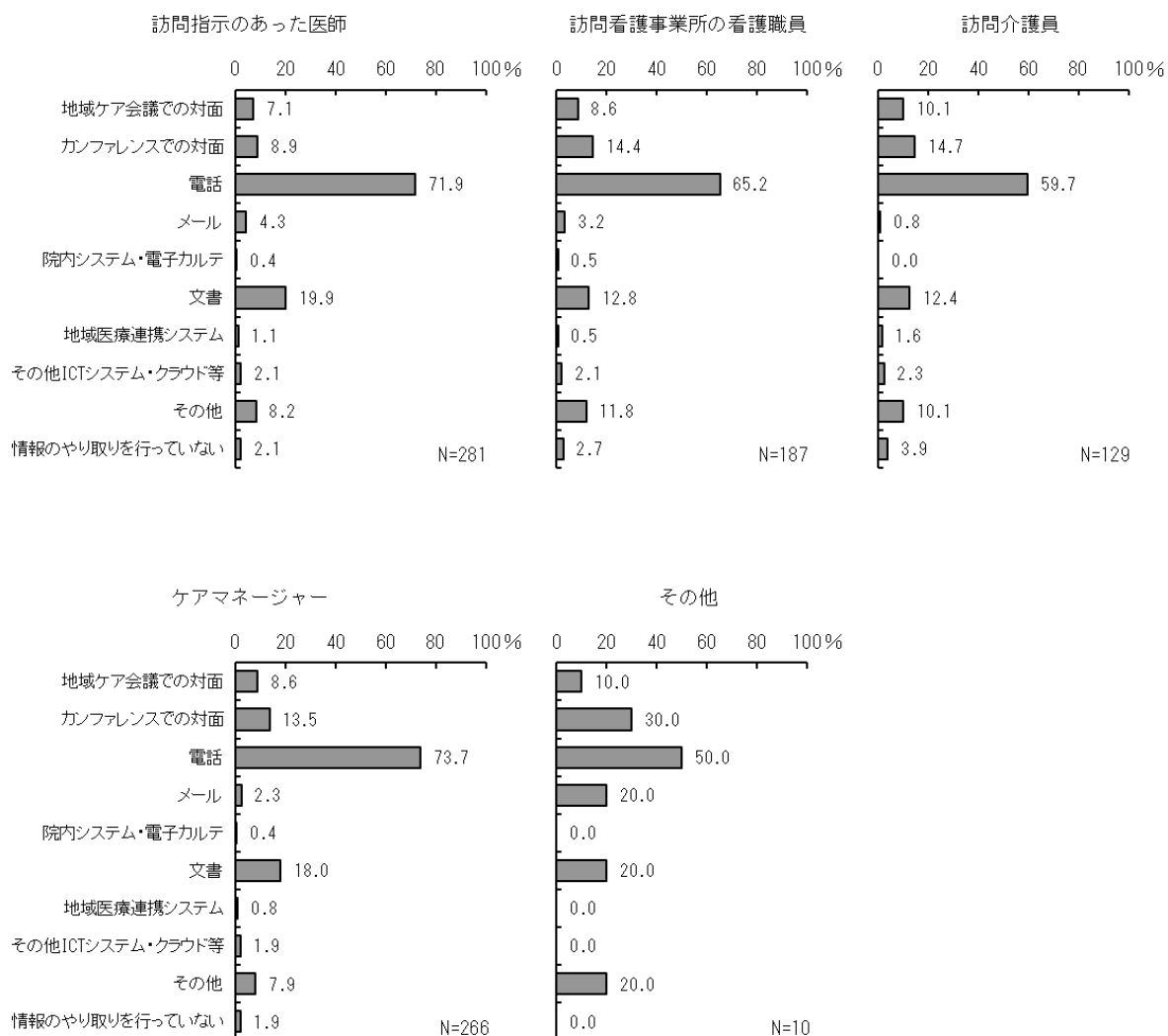


また、訪問結果の報告・共有以外の目的で行うやりとりにおいては、いずれも電話が最も多かった。また医師とケアマネージャーでは次に多いのが文書であった一方、その他の職種ではカンファレンスでの対面が文書よりやや多かった。

日々の訪問業務に囚われず意見交換や情報交換をする場として、カンファレンス（サービス担当者会議含む）が活用される場面があることが伺える。

図表 66 | 問 18(3) 多職種と情報のやりとりをする際の手段として頻度の高いもの
(3つまで複数回答)

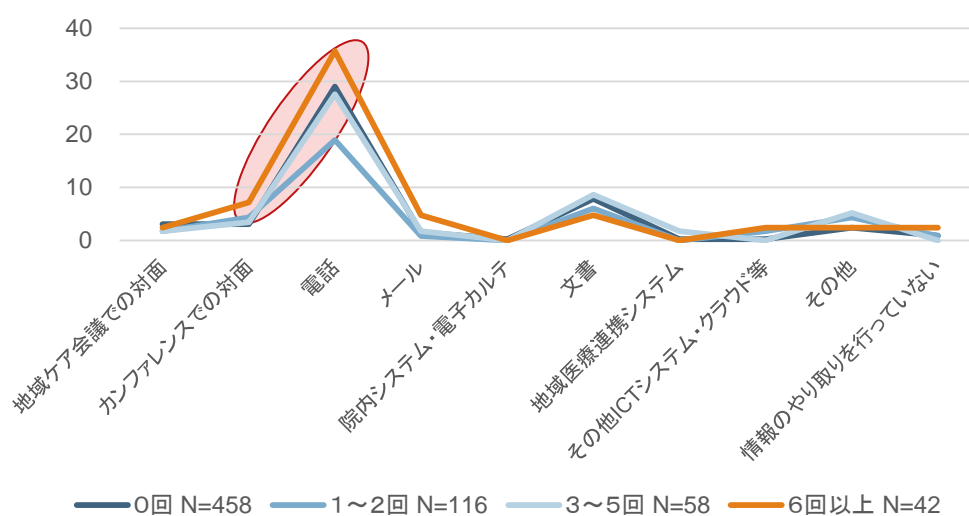
② ①以外のやりとり(N=10~281)



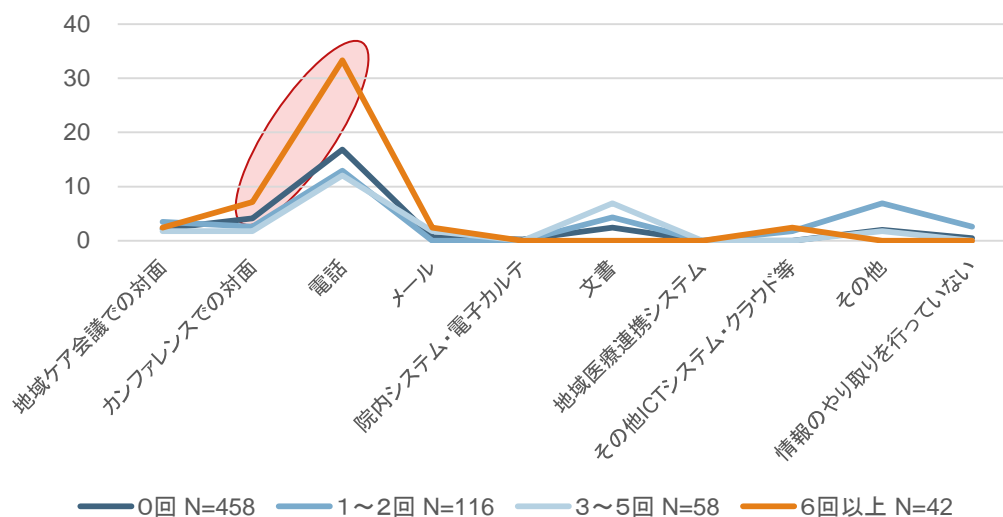
また、時間外に対応している薬局の情報連携の手段を見ると、時間外対応の件数が多い薬局においては、電話やカンファレンス（サービス担当者会議含む）等での連携が多くなる傾向が見られる。

**図表 67 | 問 10 時間外に対応した件数×問 18(3)訪問結果報告以外のやり取りの手段
訪問結果の報告・共有以外のやりとり
(時間外対応件数 0 回:N=458 | 1~2 回:N=116 | 3~5 回:N=58 | 6 回以上:N=42)**

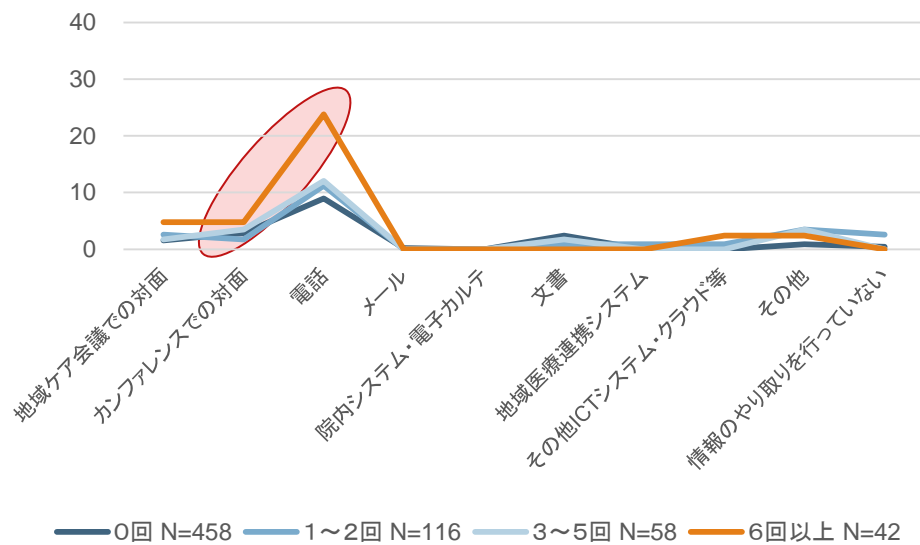
医師



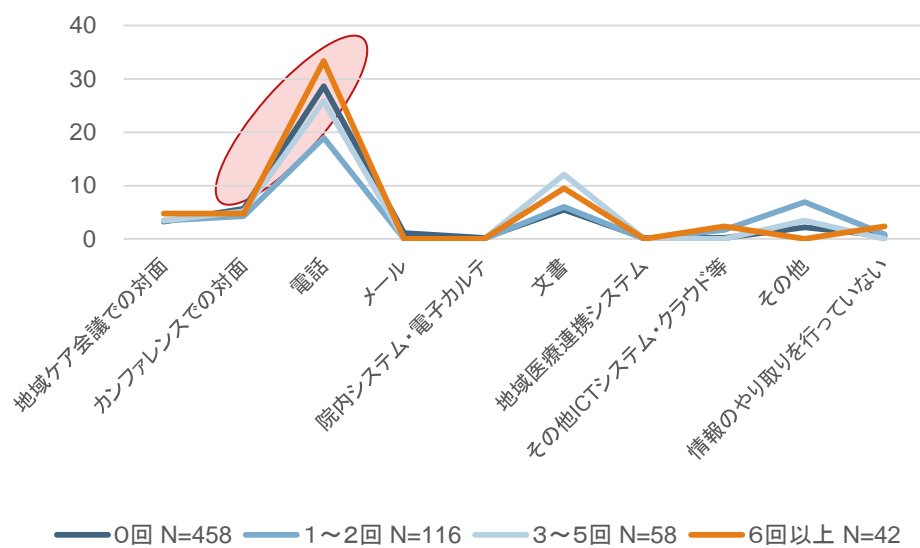
看護師



訪問介護員



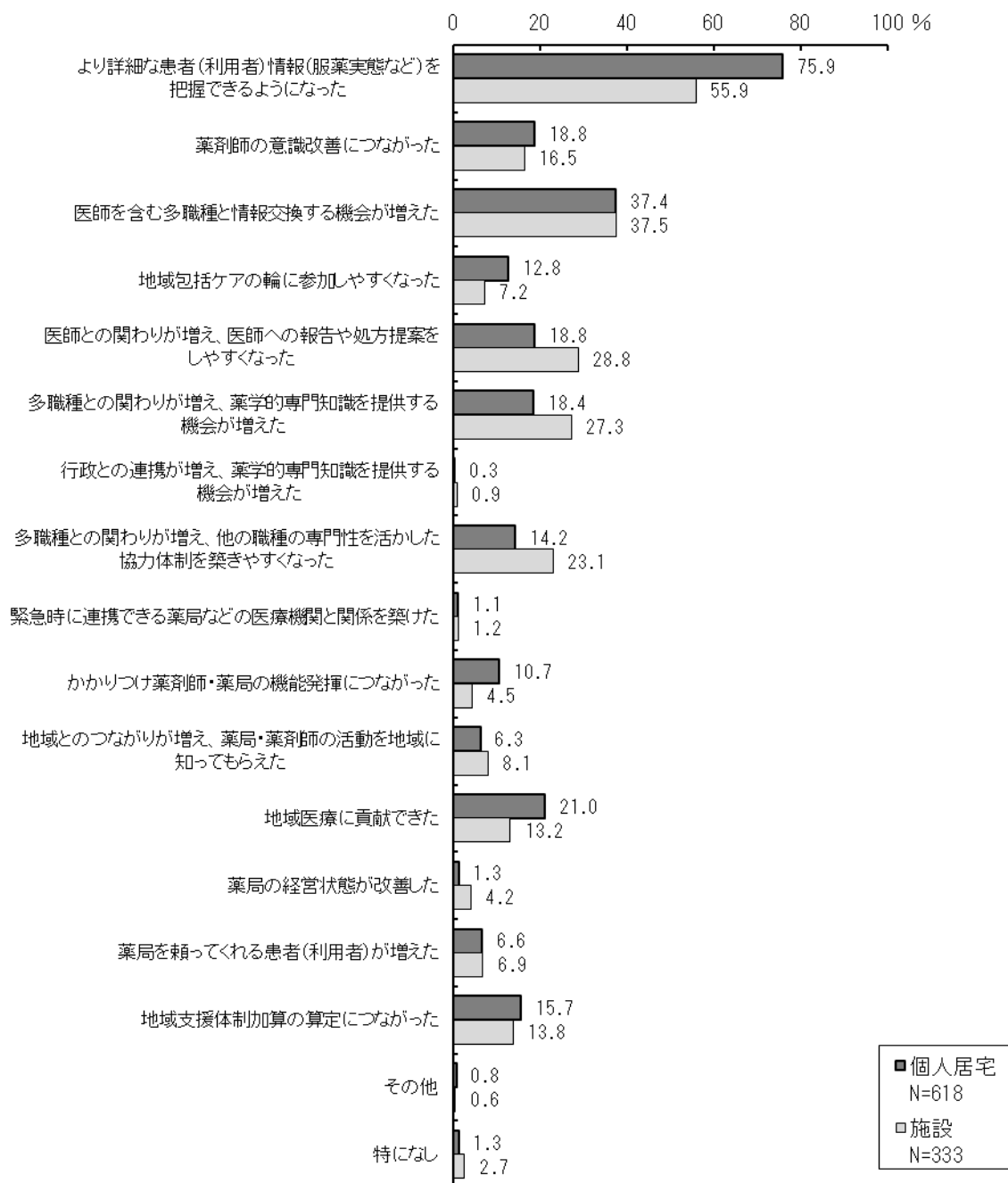
ケアマネジャー



薬剤師が在宅業務を行うことでどのような効果や価値が生じたかも調査した。

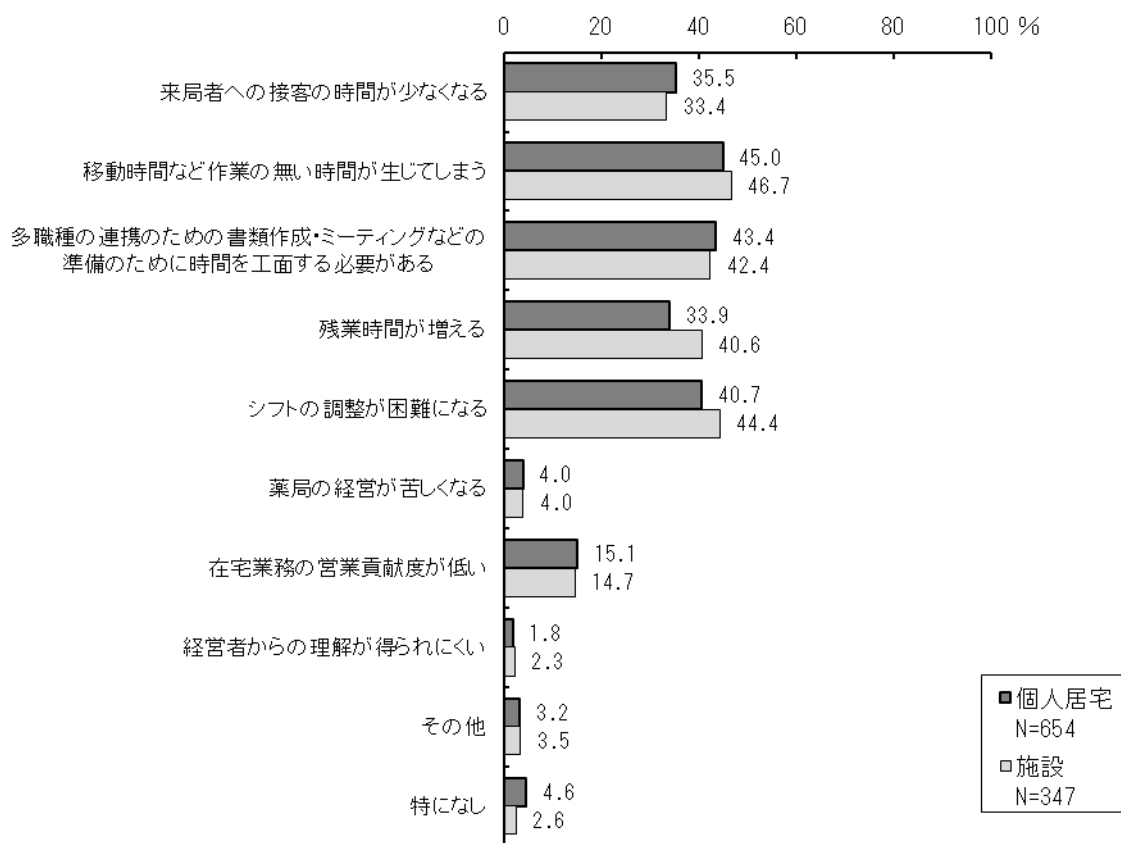
まず、在宅業務を実施したことで薬局が得たメリットとしては、「より詳細な患者情報（服薬実態など）を把握できるようになった」が、個人居宅では75%、施設でも56%といずれにおいても最も多かった。次いで「医師を含む多職種と情報交換する機会が増えた」が、個人居宅・施設共に40%弱と多かった。その他に、個人居宅では「地域医療に貢献できた」「医師との関わりが増え、医師への報告や処方提案をしやすくなった」「薬剤師の意識改善につながった」「多職種との関わりが増え、薬学的専門知識を提供する機会が増えた」など、多職種と連携しながら薬剤師の専門性を積極的に活かす行動につながっている様子うかがえる。また施設では、「医師との関わりが増え、医師への報告や処方提案をしやすくなった」「多職種との関わりが増え、薬学的専門知識を提供する機会が増えた」「多職種との関わりが増え、他の職種の専門性を活かした協力体制を築きやすくなった」など、薬剤師の専門性を活かしつつ多職種連携の充実につながっている様子うかがえる。

図表 68 | 問 19(1) 在宅業務を実施したことで得たメリット(3 つまで複数回答)
 (個人居宅:N=618 | 施設:N=333)



一方、薬剤師による在宅業務を普及させる上で阻害要因となりうる、薬局が在宅業務を実施することで負担となっていることも調査した。個人居宅・施設ともに「移動時間など作業の無い時間が生じてしまう」「多職種の連携のための書類作成・ミーティングなどの準備のために時間を工面する必要がある」「シフトの調整が困難になる」の3つが多く、次いで「来局者への接客の時間が少なくなる」「残業時間が増える」が多かった。在宅業務を実施することになって初めて生じた新たな業務によって、既存の業務や体制が圧迫され、労働条件の調整などの面で苦勞が生じていることが推察される。

図表 69 | 問 19(2) 在宅業務を行う上で負担となっていること(3 つまで複数回答)
(個人居宅:N=654 | 施設:N=347)

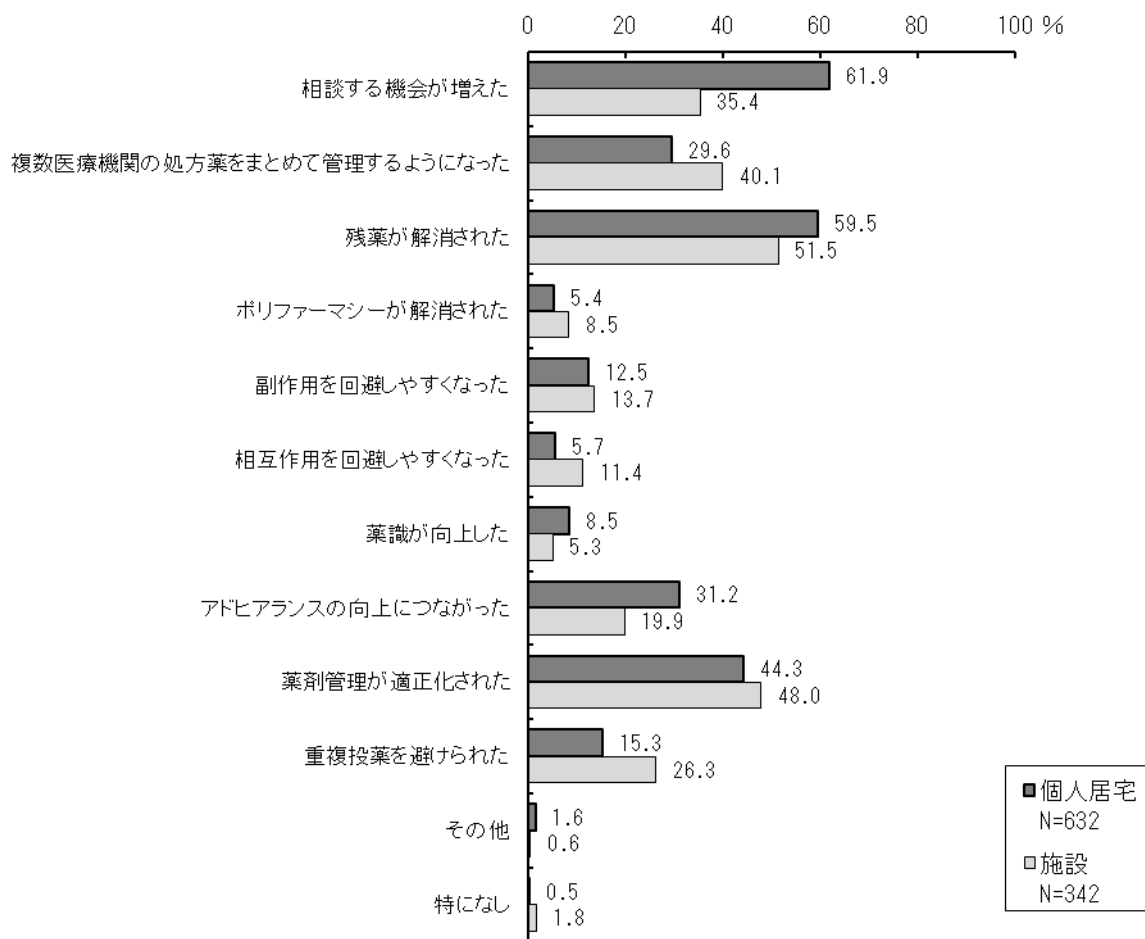


また、薬剤師による在宅業務の実施意義を明らかにすべく、薬剤師が在宅業務を提供したことで患者が得られたと思われるメリットも調査した。個人居宅では「相談する機会が増えた」が最も多く、次いで「残薬が解消された」「薬剤管理が適正化された」「アドヒアランスの向上につながった」「複数医療機関の処方薬をまとめて管理するようになった」の順が多かった。薬剤師が在宅を訪問することにより、薬剤の管理状況が改善されるとともに、相談機会や薬について知る機会が増え、医薬品を無駄なく効果的に使用する環境が整うきっかけになっている、また患者が自らの治療を考え相談するという患者主体の医療に繋がるきっかけになっていることが伺える。

施設では、「残薬が解消された」が最も多く、次いで「薬剤管理が適正化された」「複数医療機関の処方薬をまとめて管理するようになった」「相談する機会が増えた」「重複投薬を避けられた」の順が多かった。個人居宅よりも薬剤管理状況そのものにおける効果が上位に見られた。これは前述した日頃連携する主体が患者や患者家族である割合が、個人居宅に比べ施設では低かったこととも関わると思われる。

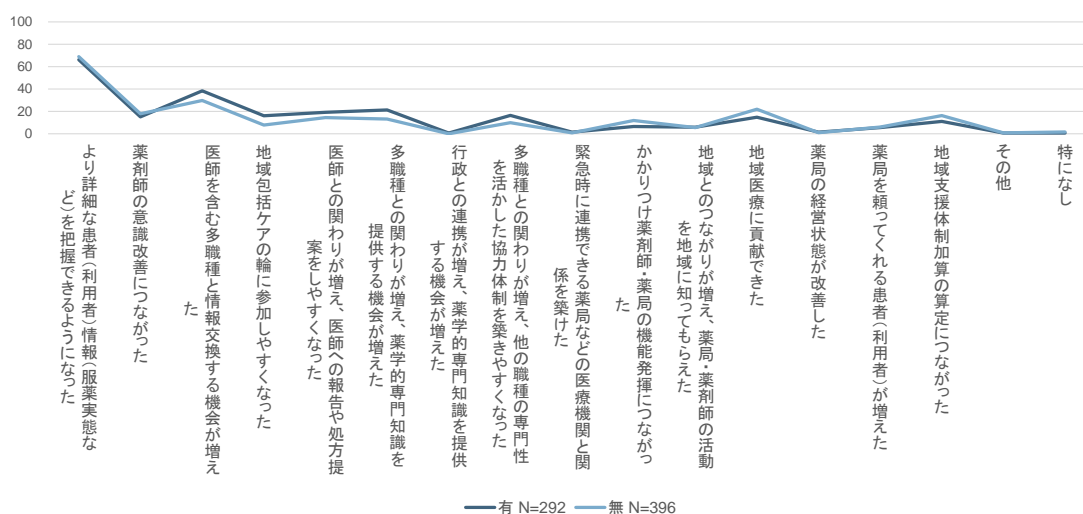
個人居宅・施設のどちらにおいても、薬剤師の薬学的専門性により課題解決が期待される薬剤管理・残薬・複数医療機関の処方薬の一括管理に関して、効果が得られていると思われ、薬剤師による在宅業務の実施意義が確認された。

図表 70 | 問 19(3) 在宅業務を行った結果、患者が得られたと思われる意義・メリット
(3 つまで複数回答)(個人居宅:N=632 | 施設:N=342)



さらに医師への同行訪問の実施により、薬局側が感じるメリットにも違いが出ることが分かった。特に、医師や他の職種との連携機会の増加をメリットとして挙げる薬局が増えている。利用者の詳細な状態把握については、同行の有無にかかわらず首位であった。同行訪問を行うことで、薬剤師と医師とが顔の見える関係になり、より連携が進むことが期待されると言えよう。

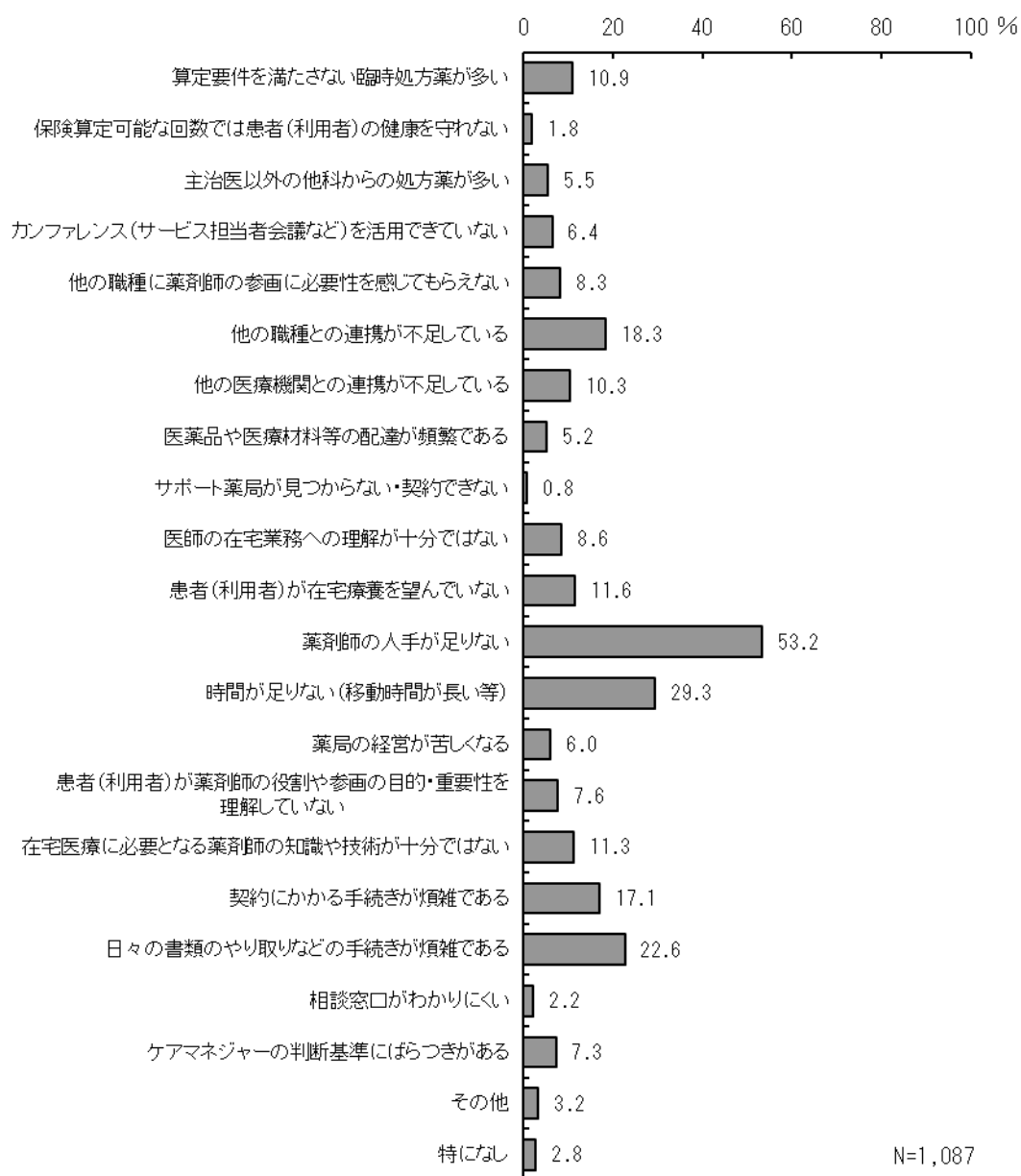
図表 71 問 18(2)同行訪問実施有無×問 19 在宅業務を実施したメリット—個人居宅
(3 つまで複数回答)(同行訪問有:N=292 | 無:N=396)



上述の実施状況において、今後薬剤師による在宅業務を普及・充実させる上で克服すべき阻害要因を把握し、これに対する解決策を考察するため、現在在宅業務を実施しているか否かに関わらず、在宅業務を行う上での問題点と必要だと考える支援について調査した。

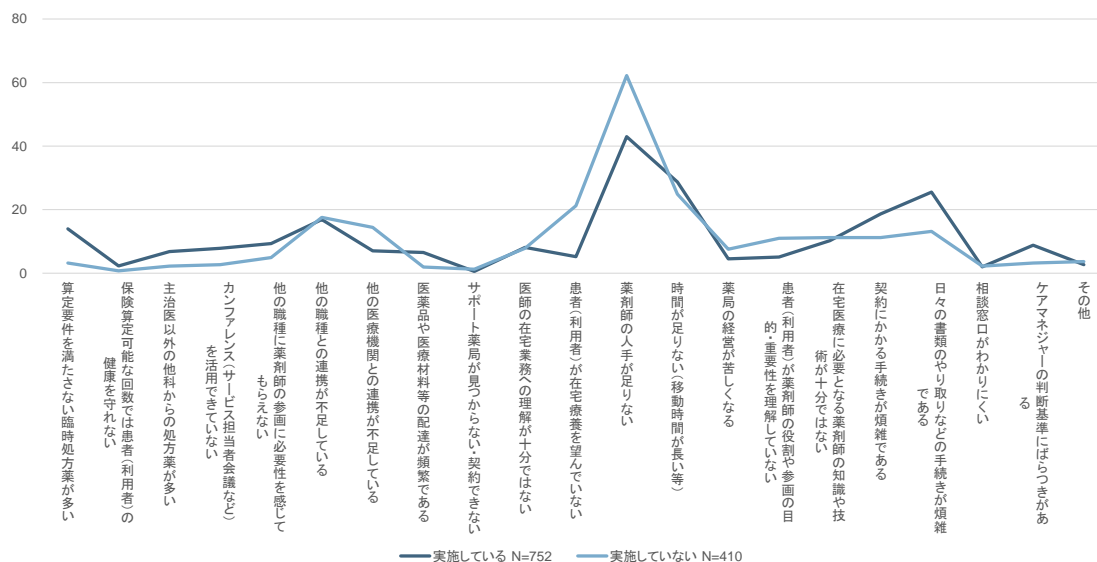
まず、在宅業務を行う上での問題点としては、「薬剤師の人手が足りない」が突出して最も多かった。次いで「時間が足りない(移動時間が長い等)」「日々の書類のやり取りなどの手続きが煩雑である」「契約にかかる手続きが煩雑である」といった在宅業務ならではの業務にかかる時間を工面する苦労や、「他の職種との連携が不足している」といった在宅業務を充実させるための体制作りの難しさがうかがえた。

図表 72 | 問 20 在宅業務を行う上での問題点(3 つまで複数回答)(N=1,087)



薬局の実施業務の有無別に問題点を分析すると、人手不足の課題については、未実施薬局ほど多く、20ポイント近い差が出ていた。一方、実施薬局では、人手不足以外にも、書類等の手続きの煩雑さが上位に挙がり、実業務の負荷を課題に挙げるところが多くなっている。

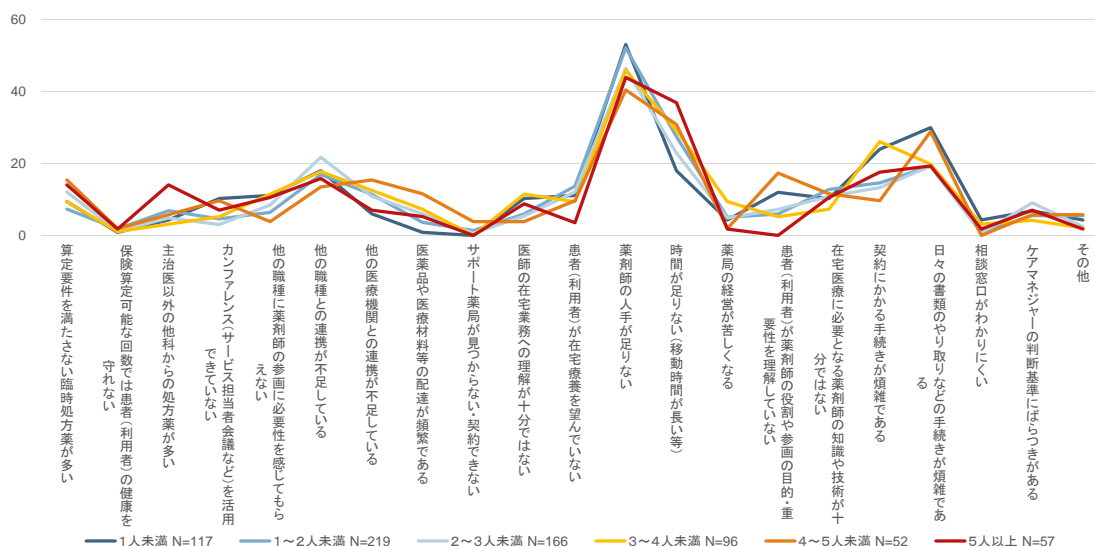
図表 73 | 問 0 在宅業務の実施有無×問 20 在宅業務を行う上での問題点
 (在宅業務を実施している:N=752 | 実施していない:N=410)



薬局に在籍する薬剤師の数ごとに分析を行うと、在宅業務を行う上での問題点としては、人数規模にかかわらず、人手不足、移動等による業務時間の圧迫、書類等の手続きの煩雑さが上位に挙がっていた。

図表 74 | 問1(4)薬剤師数(常勤換算)×問 20 在宅業務を行う上での問題点

(3 つまで複数回答)(常勤換算薬剤師数 1 人未満:N=117 | 1~2 人未満:N=219 | 2~3 人未満:N=166 | 3~4 人未満:N=96 | 4~5 人未満:N=52 | 5 人以上:N=57)



上記の問題点を踏まえ、これを解決し在宅業務をより充実させるために、今後在宅業務を行う上で必要だと感じる支援および国や都道府県に期待する支援についても調査した。

必要な支援としては、「手続きの簡素化、支援ツールの導入」が最も多く、半数強の薬局が選択していた。問 20 でも上位に挙げた「日々の書類のやり取りなどの手続きが煩雑である」「契約にかかる手続きが煩雑である」という 2 つの課題を「手続きの簡素化、支援ツールの導入」により解消することを求めていることがうかがえる。手続きを簡素化するには行政による検討を要すると思われるが、支援ツールの導入に関しては民間企業による開発支援・ツール提供を期待することもできるであろう。

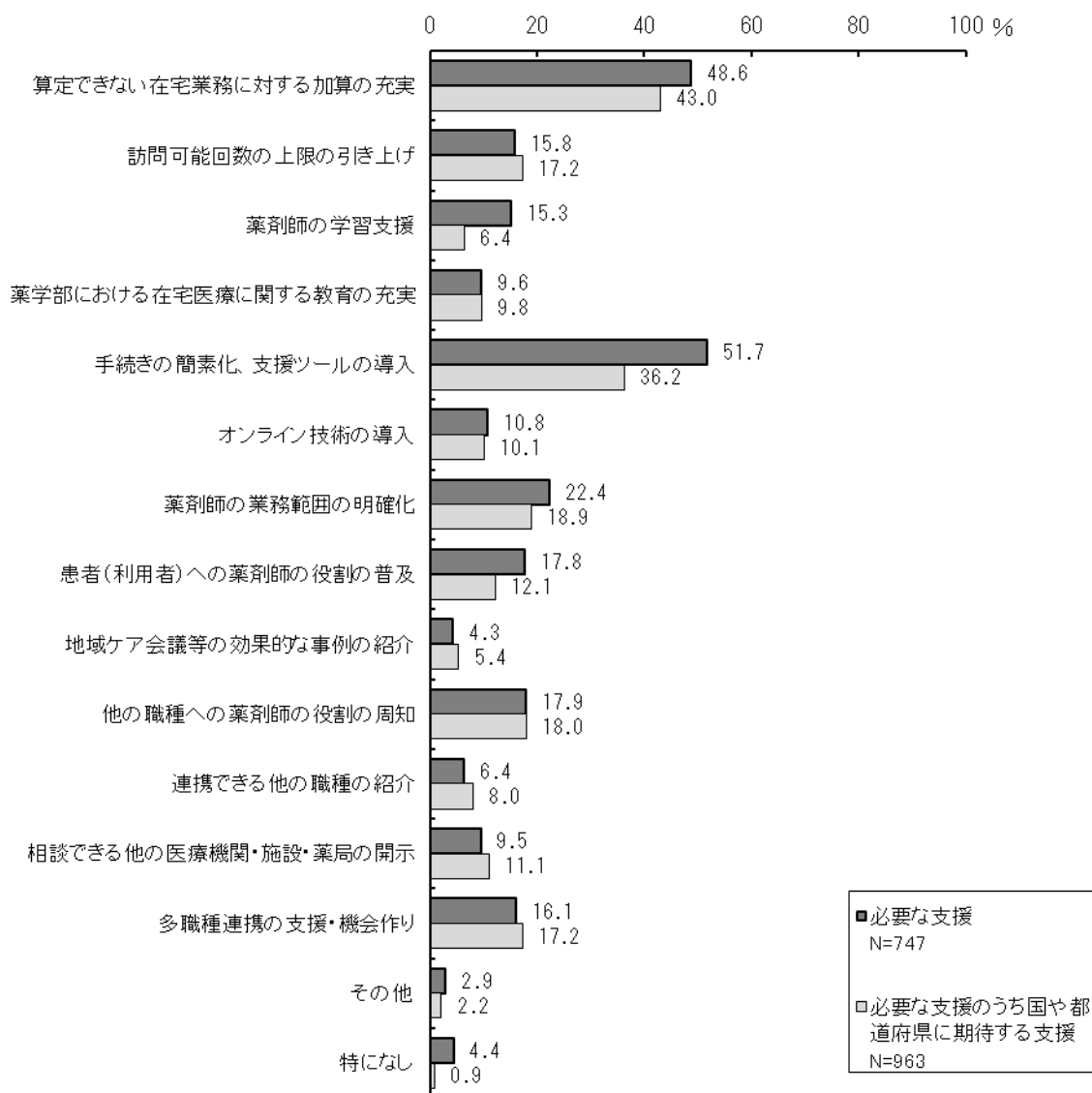
また、国や都道府県に期待する支援としては「算定できない在宅業務に対する加算の充実」が最も多く、実施意義があると薬剤師が考えている業務内容や業務量と、行政が設定している業務内容や業務量に齟齬があると考える薬局が約半数を占めることが浮き彫りになった。今一度現場で提供されている各業務を検討し、患者の QOL や生命を守るために必要な業務であれば適正に評価する体制を整え、その業務を実施する薬剤師に相応のインセンティブを与えることが求められている。これにより、新たな人材を確保するに繋がりを、薬剤師による在宅医療へのより積極的な介入が増えることで、人手不足や多職種連携の不足といった薬剤師の在宅業務における課題の解決が進むひとつのきっかけになることが期待できる。

また、その他に必要な支援としては「薬剤師の業務範囲の明確化」「患者への薬剤師の役割の普及」「他の職種への薬剤師の役割の普及」「多職種連携の支援・機会作り」といっ

た、患者や多職種と連携しやすい体制づくりを求める声が多かった。また「訪問可能回数
の上限の引き上げ」は上述の算定条件に関する要求と同様、薬剤師が必要だと考える業務
に対する適正な評価を求める声と捉えられる。一方、「薬剤師の学習支援」は必要な支援
として挙げられながらも国や都道府県に期待する支援としての回答とは乖離があることか
ら、民間企業の自助努力や大学等の教育機関にその役割が期待されている可能性がある。

国や都道府県に期待する支援としては、上述の必要な支援の他に「相談できる他の医療
機関・施設・薬局の開示」が挙げられた。普及が進んでいないことが明らかとなった薬局
間の連携による在宅業務の制度（問4）や退院時連携（問6（6））の普及と、地域ごとに
医療関連機関マップなどの基盤が整備されれば、地域内における多職種連携や薬局間連携
が促進され、地域包括ケアシステムにおける在宅業務の提供体制が更に充実することが期
待できる。

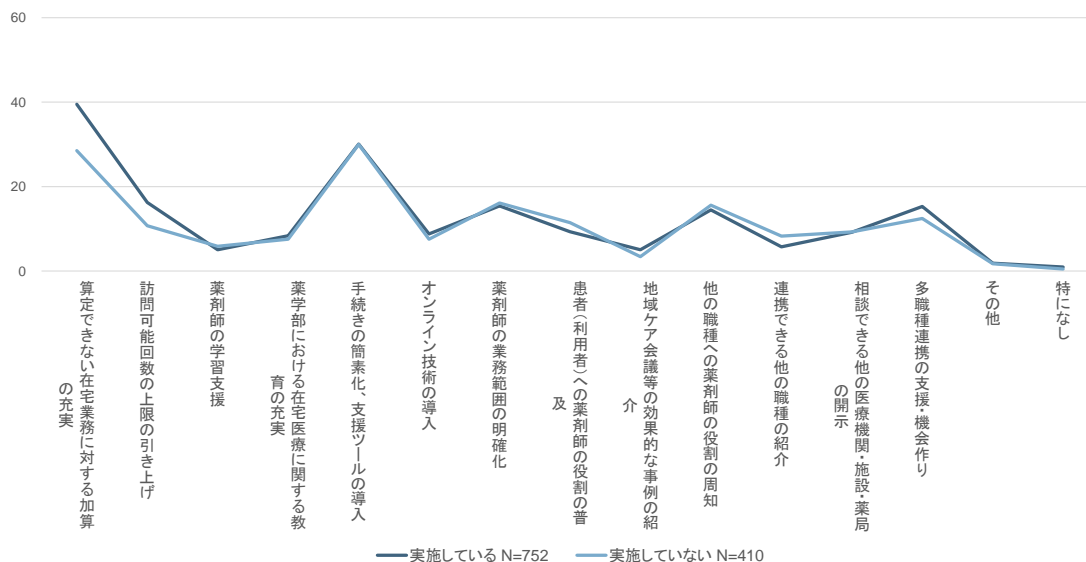
**図表 75 | 問 21 今後、在宅業務を行う上で必要だと感じる支援
および国や都道府県に期待する支援(3つまで複数回答)**
(必要な支援:N=747 | 必要な支援のうち国や都道府県に期待する支援:N=963)



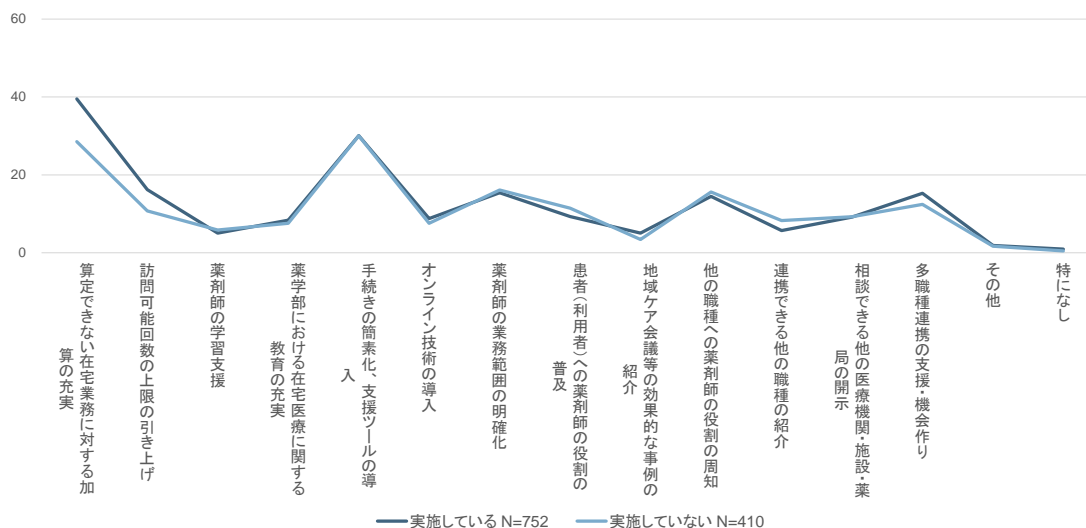
更に、在宅業務の実施有無別に必要な支援と国や都道府県に期待する支援についても分析を加えた。加算の充実については実施の有無で差が開くものの、手続きの簡素化、業務範囲の明確化、他の職種への役割周知、多職種連携は総じて高いという結果となった。

国や都道府県に期待する支援も、必要な支援とは大きく傾向は変わらず、加算の充実と手続きの簡素化が上位を占めていた。先述の通り、臨時薬の処方など、算定できない業務があるといった点については、在宅業務実施の阻害要因の一つとなっているとも言え、在宅業務の推進に向けては、加算の充実といった体制整備が求められている。

図表 76 | 問 0 在宅業務の実施有無 × 問 21 今後、在宅業務を行う上で国や都道府県に期待する支援(3 つまで複数回答)
(在宅業務を実施している:N=752 | 実施していない:N=410)



図表 77 | 問 0 在宅業務の実施有無 × 問 21 今後、在宅業務を行う上で必要だと感じる支援(3 つまで複数回答)
(在宅業務を実施している:N=752 | 実施していない:N=410)

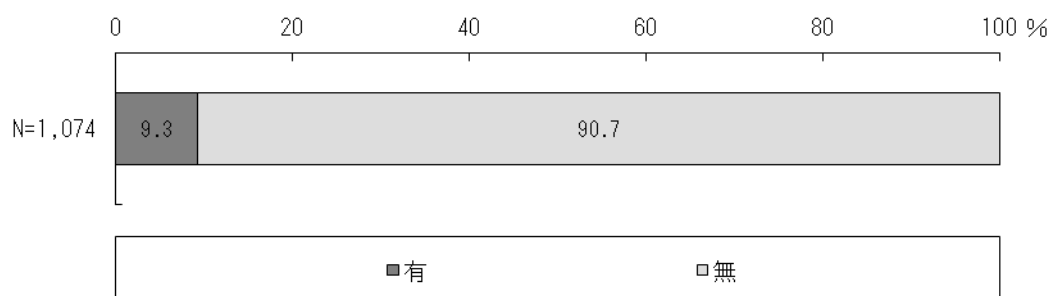


(4) 特別養護老人ホームへの訪問実施状況

薬剤師が請求できる薬剤服用歴管理指導料のうち、薬剤服用歴管理指導料3は特別養護老人ホームへの訪問に特化した区分となっている。このため特に特別養護老人ホームに訪問している際の薬剤師の在宅業務についても調査した。

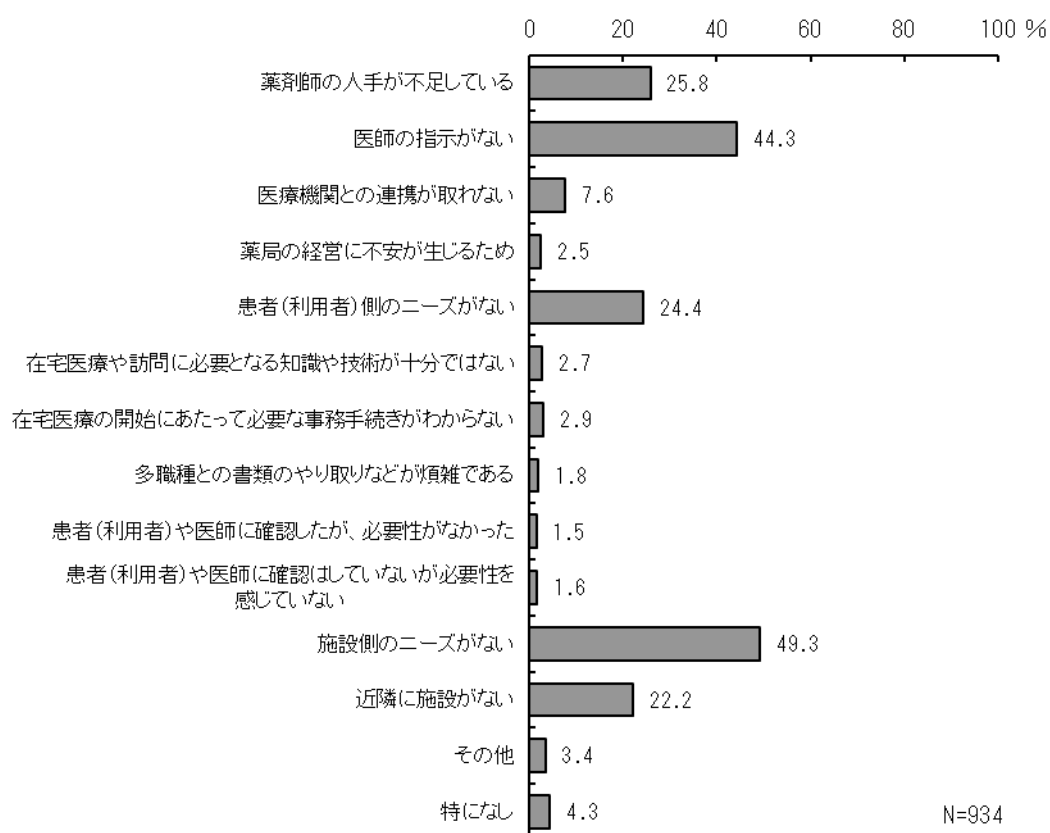
まず訪問実施状況について調査したが、在宅患者訪問に対応している薬局のうちで特別養護老人ホームへの訪問は1割弱に留まった。

図表 78 | 問 22(1) 特別養護老人ホームへの訪問の実施有無(N=1,074)



上記の訪問を実施していない9割の薬局に対し、訪問を実施していない理由を調査したところ、「施設側のニーズがない」が最も多く、次いで「医師の指示がない」が多かった。他には「薬剤師の人手が不足している」「患者側のニーズがない」「近隣に施設がない」などが挙げられた。施設・訪問指示を行う医師・患者に対し薬剤師が提供しうる業務を周知するとともに、施設や患者に薬物治療上の課題はないのか改めて確認する場を設けることができれば、施設利用者（以下、利用者）の状態や施設職員の業務の改善に貢献できる機会が見つかるのではないかと。

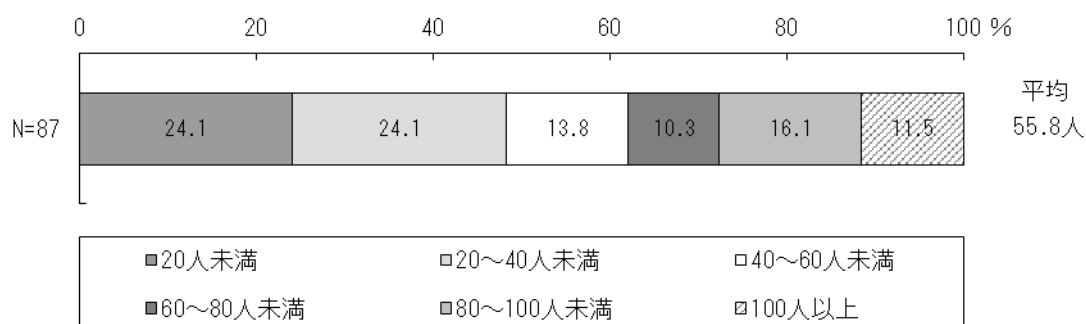
図表 79 | 問 22(2) 特別養護老人ホームへ訪問しない理由(N=934)



次に、訪問を実施している 1 割の薬局に、特別養護老人ホームにおける在宅業務の実施状況を調査した。

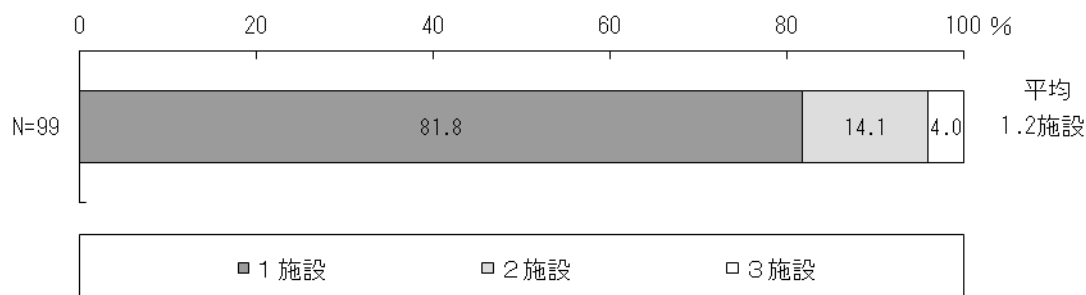
まず、1 か月間の訪問患者数としては、20 人未満と 20～40 人未満が 24%ずつで最も多く、次いで 80～100 人が多かったが、全体的に様々な人数構成に分散していた。

図表 80 | 問 22(3) 2019 年 7 月の 1 か月間の訪問者数(N=87)



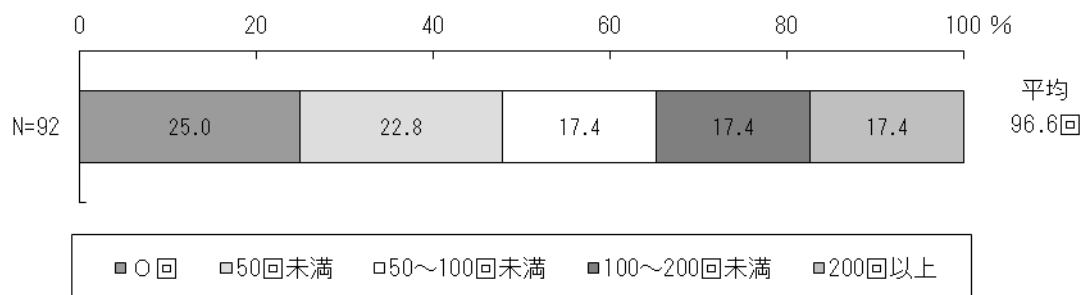
また施設数としては、1施設である場合が8割強と最も多く、次いで2施設である場合が14%で、3施設以上訪問している薬局はほとんどなかった。

図表 81 | 問 22(3) 2019 年 7 月 1 か月間の訪問施設数(N=99)



次に、上述した「薬剤服薬管理指導料3（特養訪問）」の算定状況を調査したところ、算定していない薬局が4分の1と最も多く、次いで50回未満の薬局が多かったが、一方で50回～100回未満、100～200回未満、200回以上は17%ずつに分散しており、薬局により算定状況にばらつきがあることがうかがえる。

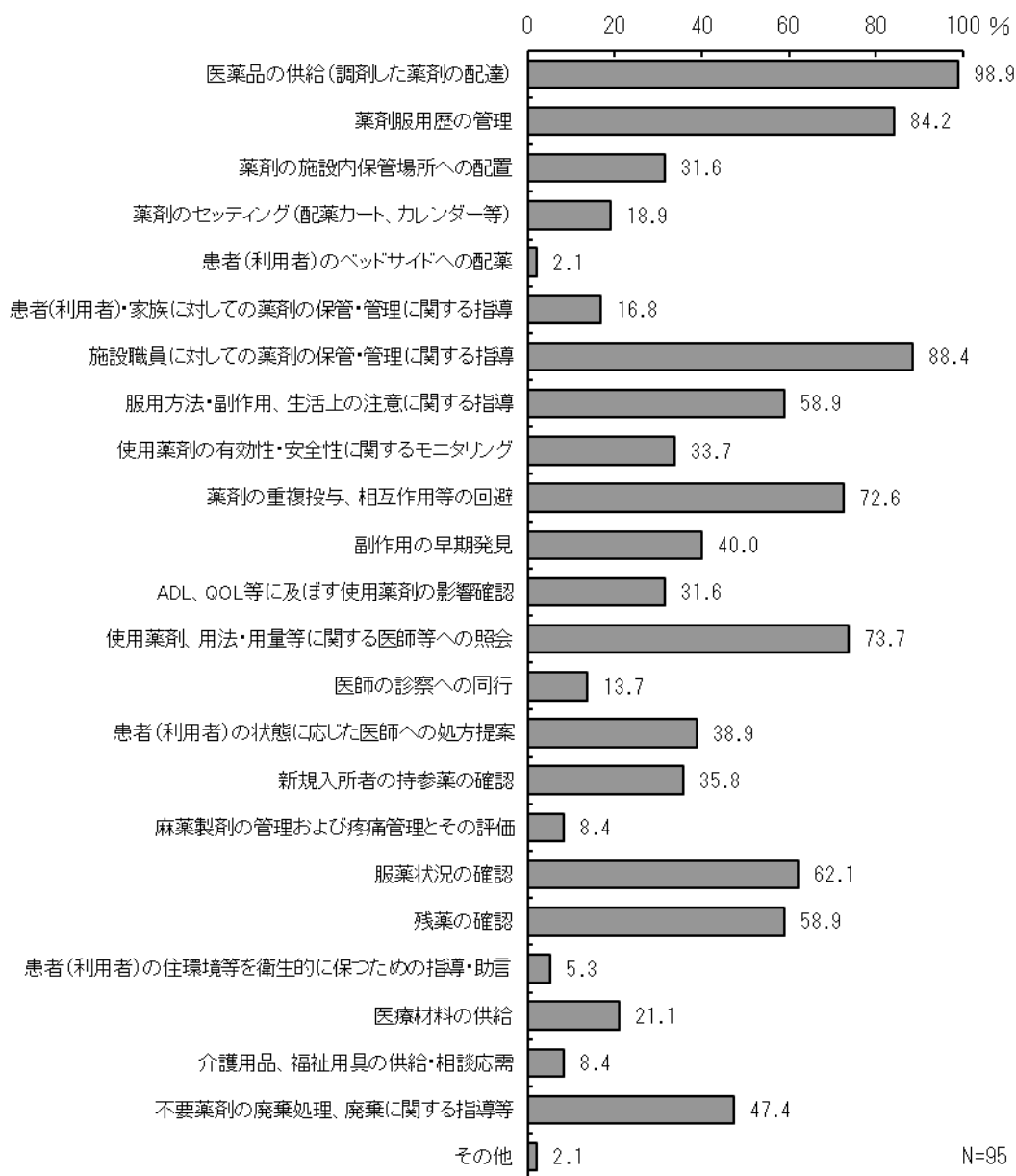
図表 82 | 問 22(3) 2019 年 7 月 1 か月間の薬剤服用歴管理指導料3(特養訪問)の算定回数(N=92)



次に、訪問した特別養護老人ホームでの具体的な実施業務内容を調査した。最も多かったのは「医薬品の供給（調剤した薬剤の配達）」で、ほぼすべての薬局が実施していた。次いで「施設職員に対しての薬剤の保管・管理に関する指導」「薬剤服用歴の管理」といった薬剤管理の支援は8割以上の薬局が実施していた。さらに「薬剤の重複投与、相互作用等の回避」「使用薬剤、用法・用量等に関する医師等への紹介」といった薬学的専門性を発揮したリスク回避に向けた業務は7割の薬局が実施していた。その他に「服用方法・副作用、生活上の注意に関する指導」「服薬状況の確認」といった患者の薬物治療の管理

支援や「残薬の確認」「不要薬剤の廃棄処理、廃棄に関する指導等」といった余剰薬剤の管理支援は約半数以上の薬局が実施していた。

**図表 83 | 問 22(4) 特別養護老人ホームへ訪問の際、実施している業務内容
(複数回答)(N=95)**

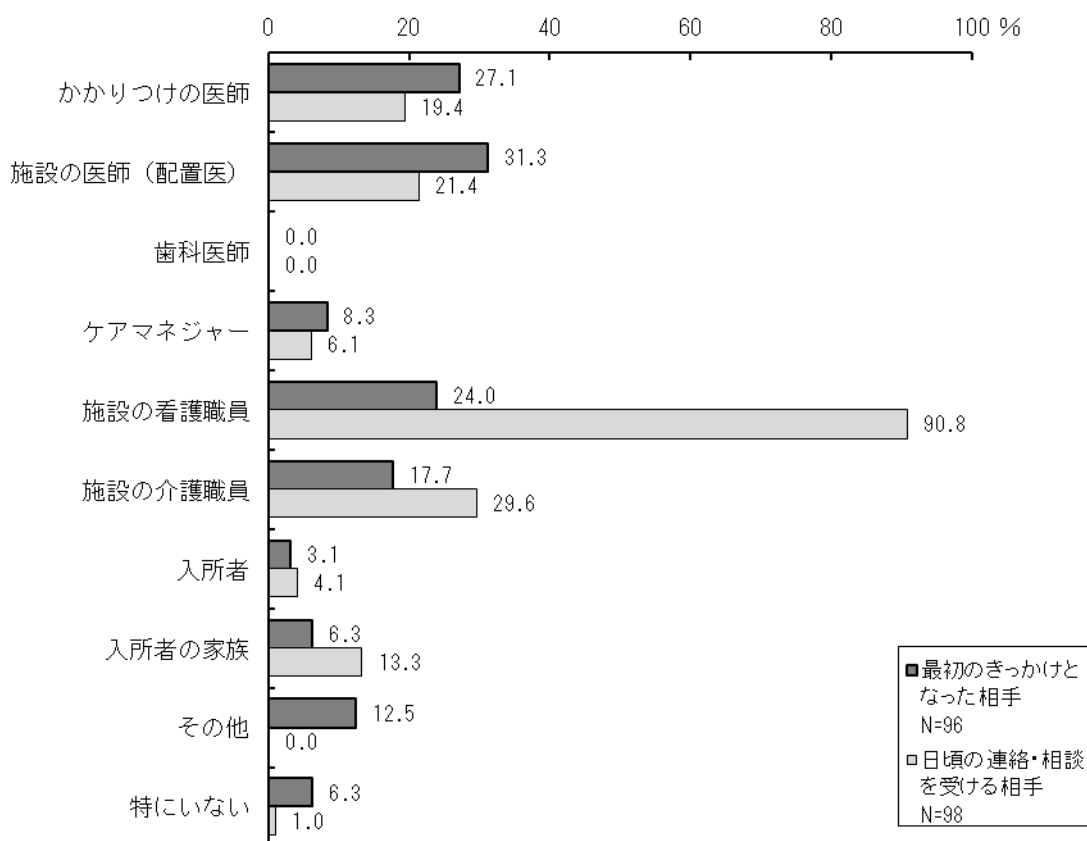


また特別養護老人ホームで行われる薬剤師の在宅業務における多職種連携の状況についても調査した。

特別養護老人ホームへ訪問を行う最初のきっかけになった相手としては、施設の医師（配置医）が最も多く、次いでかかりつけの医師、施設の看護職員、施設の介護職員の順に多かった。訪問指示を行う医師からの連携で開始されることが多い一方、訪問開始前から施設の看護職員・介護職員が薬局にアクセスするケースも少なからずあることがわかった。

また日頃の連絡・相談を受ける相手としては、施設の看護職員が9割と最も多く、次いで施設の介護職員、施設の医師（配置医）、かかりつけの医師の順に多かった。

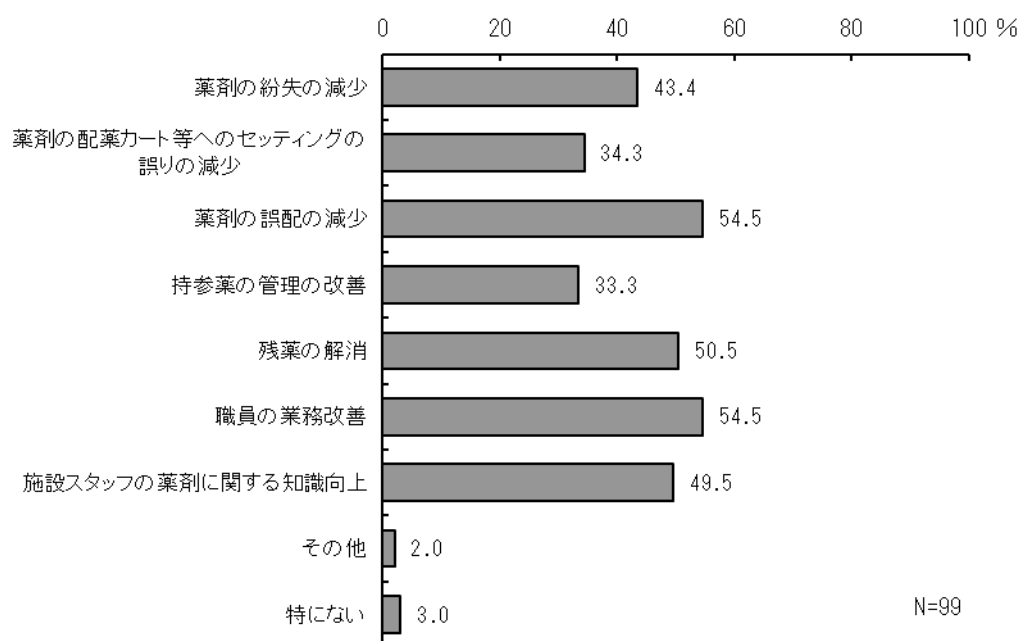
図表 84 | 問 22(5) 特別養護老人ホームへ訪問を行う最初のきっかけとなった相手、および連絡や相談を受ける相手(上位3つまで)
(最初のきっかけとなった相手:N=96 | 日頃の連絡・相談を受ける相手:N=98)



最後に、特別養護老人ホームへ薬剤師が訪問することの意義を考察するため、薬剤師が訪問したことにより改善されたと思う点を調査した。

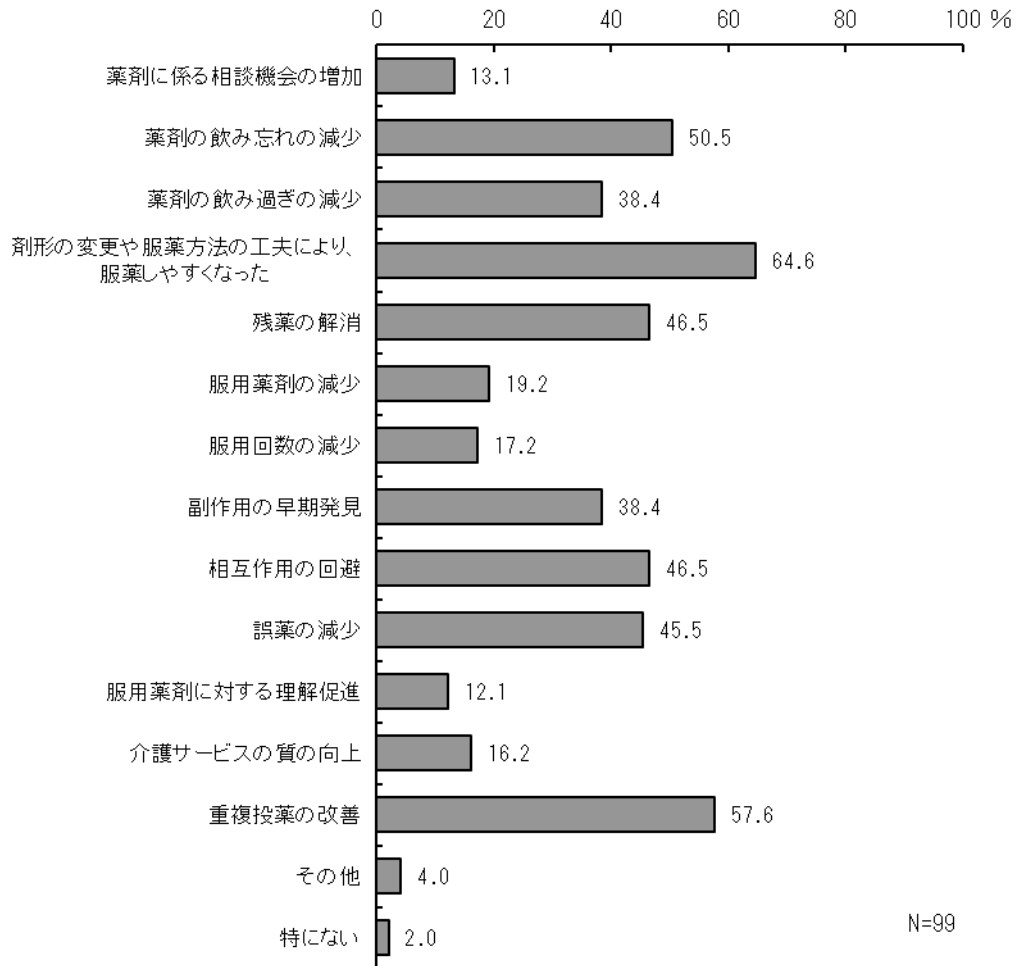
まず、薬剤師の訪問により施設において改善された点としては、「薬剤の誤配の減少」「職員の業務改善」「残薬の解消」「施設スタッフの薬剤に関する知識向上」「薬剤の紛失の減少」がいずれも50%前後とほぼ同率で多かった。誤配の減少や紛失の減少といった薬剤管理上のリスクが取り払われると共に、残薬の解消により薬剤管理が改善されるほか、施設スタッフの薬剤に関する知識向上により、施設スタッフの業務負担の軽減など施設運営に貢献している様子が見えてくる。

図表 85 | 問 22(6) 訪問により改善された点(複数回答)_施設側(N=99)



また、薬剤師が訪問したことで施設の利用者にとって改善されたと思われる点としては、「剤形の変更や服薬方法の工夫により、服薬しやすくなった」「重複投薬の改善」がいずれも6割前後と最も多く、次いで「薬剤の飲み忘れの減少」「残薬の解消」「相互作用の回避」「誤薬の減少」が5割前後、「薬剤の飲み過ぎの減少」「副作用の早期発見」が4割弱であった。剤形の変更や処方薬の削減（重複投薬の改善）は医師への照会を要することを考えると、医師との連携が積極的に実施されている様子が推察される。個人居宅においては重複投薬の改善は15.3%にとどまったことを考えると、特別養護老人ホームには個人居宅の場合よりも薬剤師と医師が連携しやすい環境があると推察される。また、利用者のコンプライアンス（服薬遵守）の向上と共に、薬剤の多寡や誤薬・副作用・相互作用などにより引き起こされうる有害事象の事前回避に貢献している様子が見えてくる。

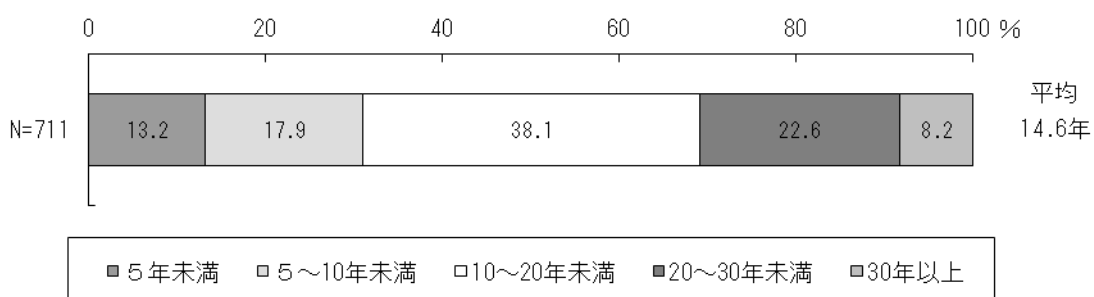
図表 86 | 問 22(6) 訪問により改善された点(複数回答)_利用者側(N=99)



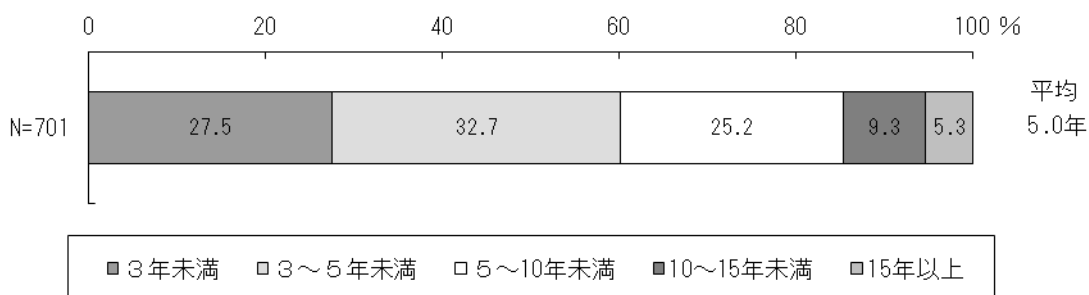
(5) 薬剤師による在宅業務の詳細

ここまでは薬局全体での実施状況についての項目であったが、この節では、薬局の中の一人の薬剤師に着目し、担当する個別の患者3人についての情報を収集し、薬剤師の経歴や、患者の疾病や環境などにより、在宅業務の内容や課題にどのような変化が表れるかを分析することを試みた。

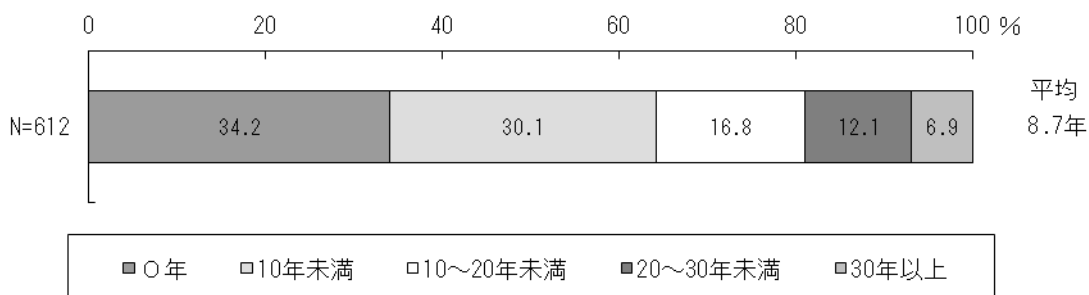
図表 87 | 問 23 A.担当薬剤師の経歴__薬局勤務年数(N=1,162)



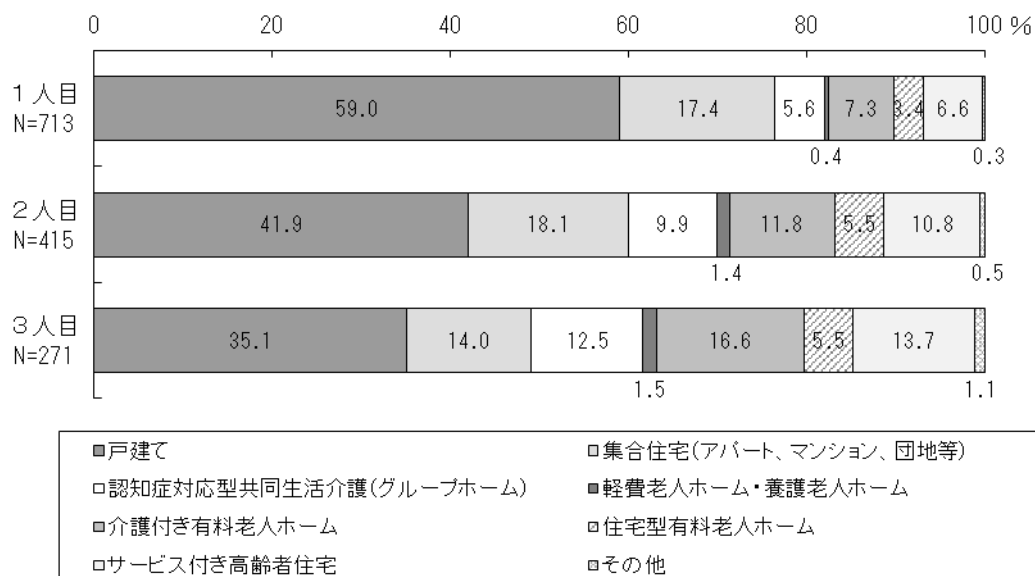
図表 88 | 問 23 A. 担当薬剤師の経歴__在宅業務経験年数(N=1,162)



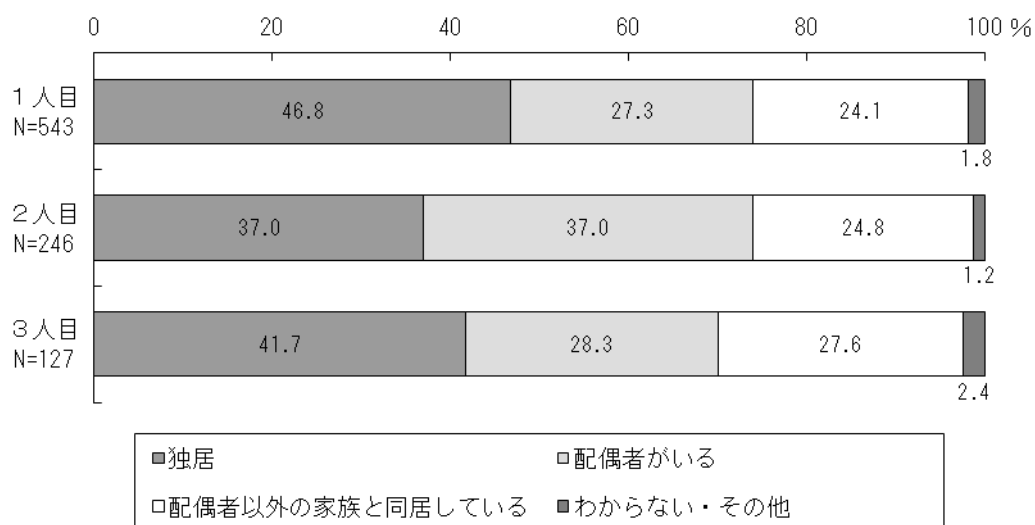
図表 89 | 問 23 A. 担当薬剤師の経歴__医療機関勤務経験年数(N=1,162)



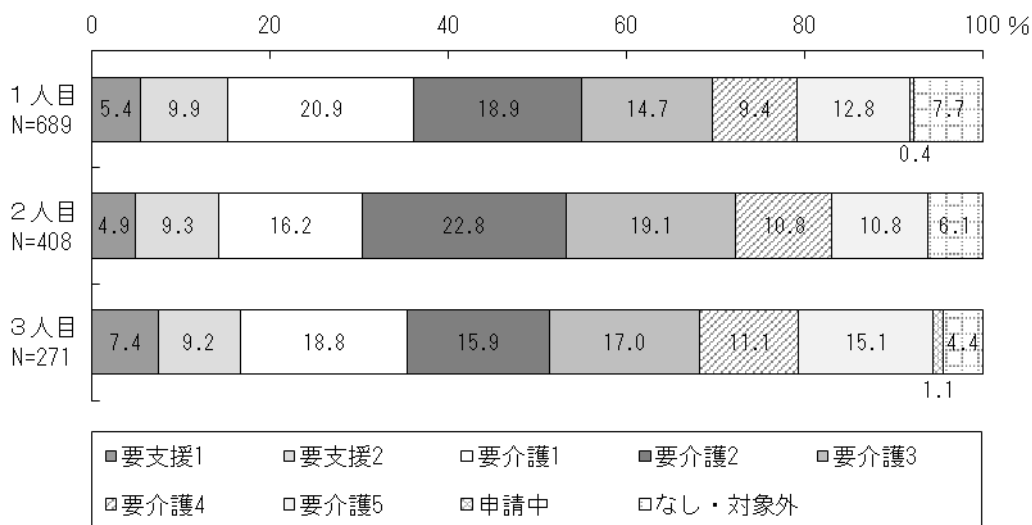
図表 90 | 問 23 B.訪問先の属性(N=1,162)



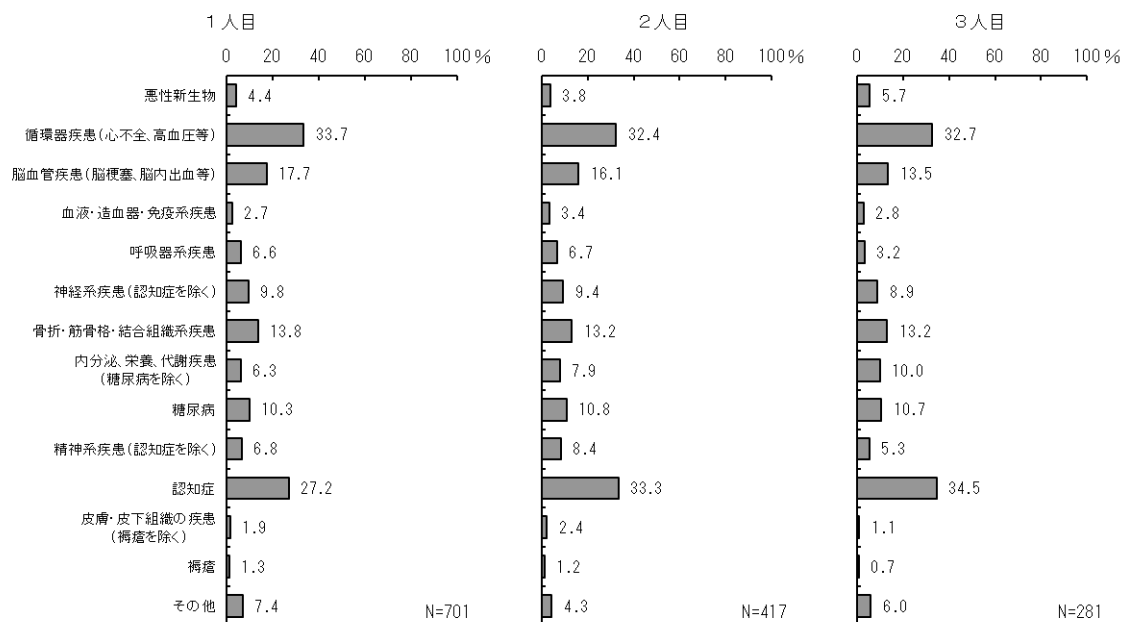
図表 91 | 問 23 C.同居家族の状況(N=1,162)



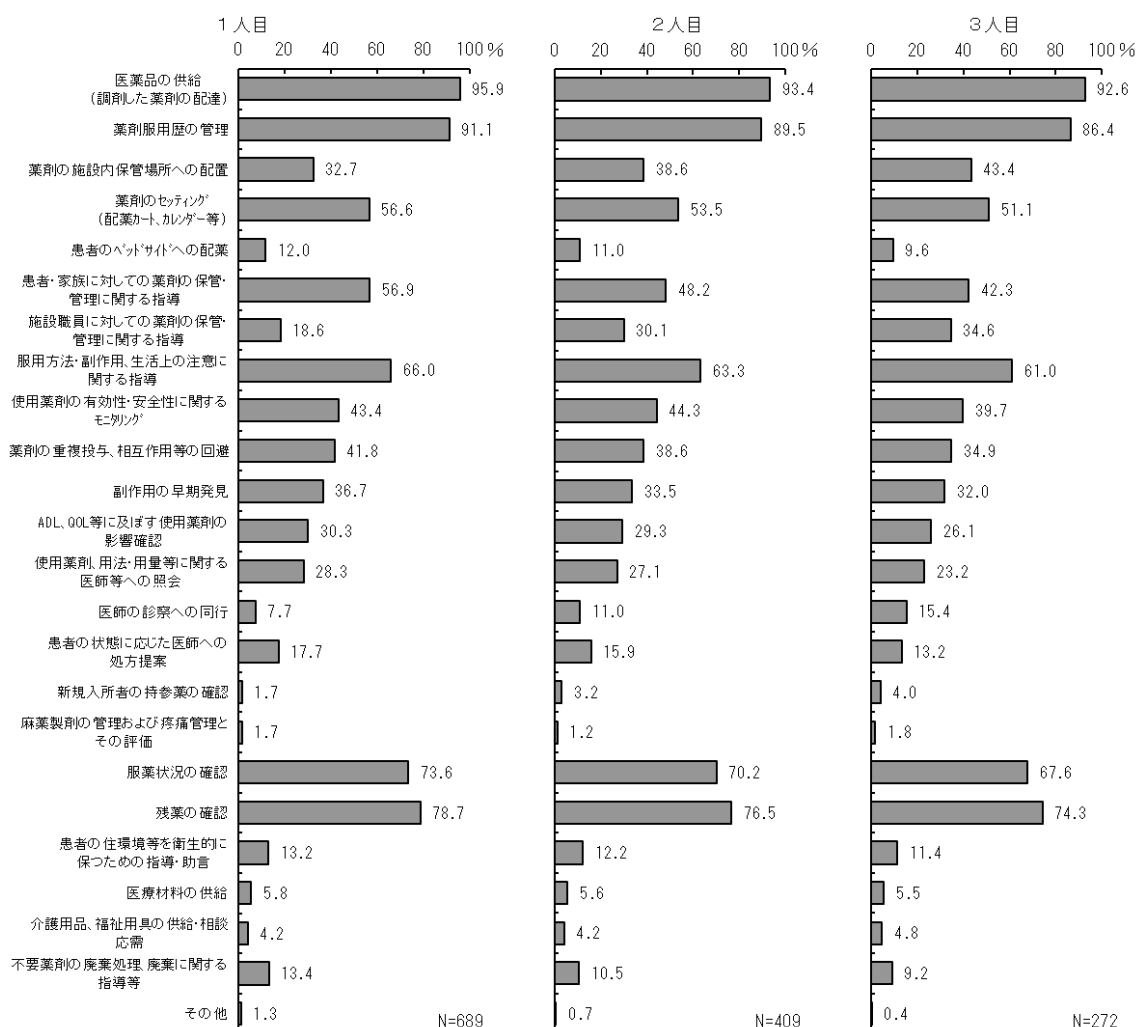
図表 92 | 問 23 D.患者の要介護度(N=1,162)



図表 93 | 問 23 E.患者の主傷病(3つまで複数回答)(N=1,162)



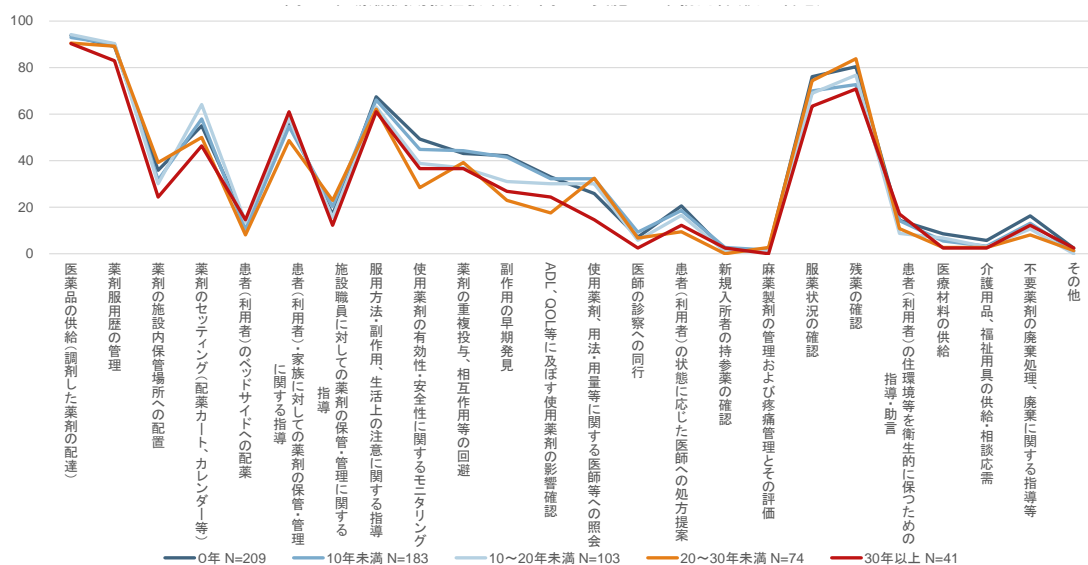
図表 94 | 問 23 G.実施した業務内容(複数回答)(N=1,162)



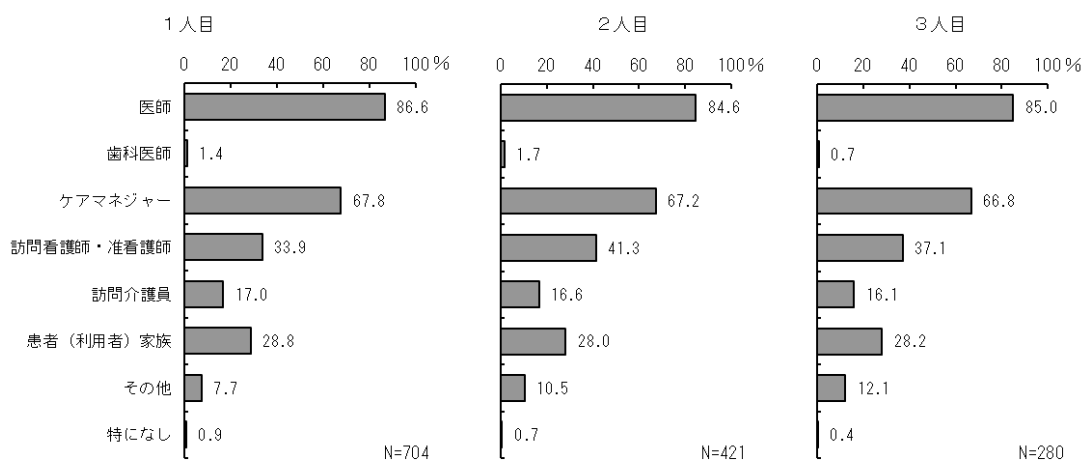
実施業務内容は、担当する薬剤師が医療機関に勤務した経験があるかどうかで異なる可能性があるのではないかという意見を受け、医療機関の勤務経験年数と実施した業務内容のクロス集計を行った。医療機関の勤務経験年数による業務内容の差については、明確な傾向は見られなかったが、使用薬剤の有効性・安全性に関するモニタリングや服用方法の指導、重複投与の回避、副作用の早期発見等の薬学的見地を活かした業務は勤務年数が少ないほど高いという結果となった。これは、在宅業務に関する教育が広まったのが比較的最近であるため、長年医療機関で勤めたベテランよりも、最近の教育を受けている人の方が知識があり、ハードルが低いという可能性が考えられる。

図表 95 | 問 23 A.医療機関勤務経験年数×問 23 G.実施した業務内容(1人目～3人目の合計)(複数回答)

(医療機関勤務経験年数 0年:N=209 | 10年未満:N=183 | 10～20年未満:N=103 | 20～30年未満:N=74 | 30年以上:N=41)

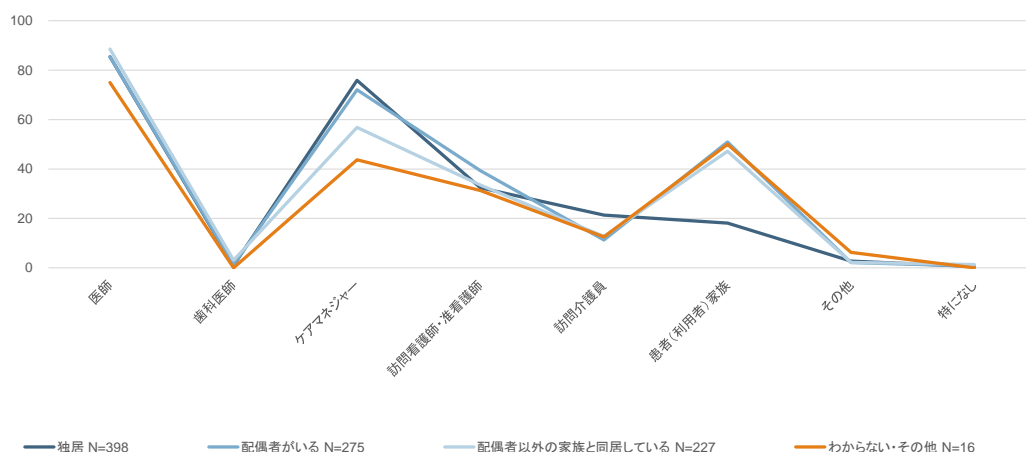


図表 96 | 問 23 H.日ごと患者の状態について連携している主体(複数回答)(N=1,162)

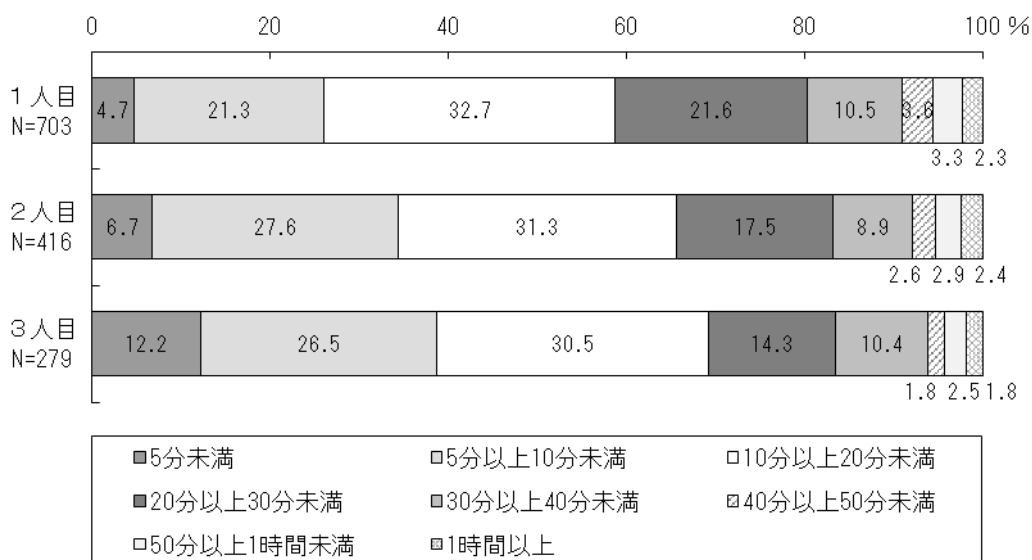


家族が同居しているかどうかによって、誰と日頃情報を連携するかが異なる。日頃連絡をとる相手は、同居家族の有無にかかわらず医師がもっとも多く、次いでケアマネジャーとなる。しかし、家族と同居している場合は次いで家族への連携比率が高くなるが、独居の高齢者の場合、家族にかわり訪問介護員など日頃利用者と接している主体との連携の比率が高まる。

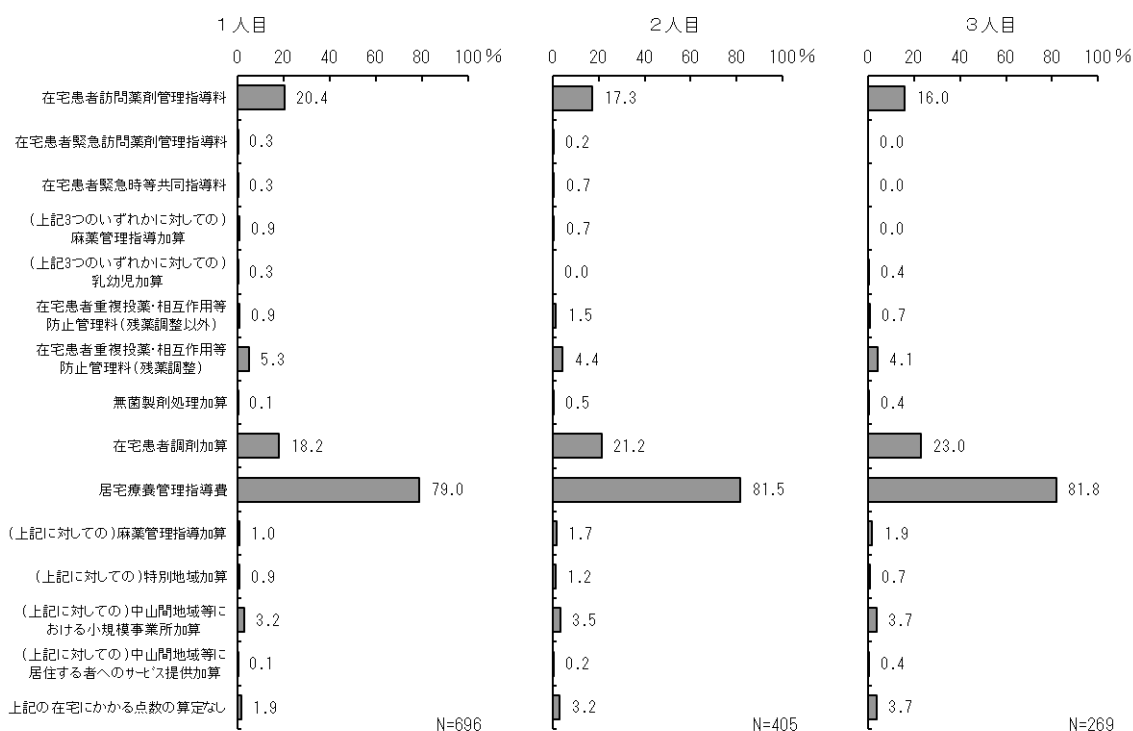
図表 97 | 問 23C.同居家族の状況×問 23H.日頃の患者の状態について連携している主体 (N=1,162)



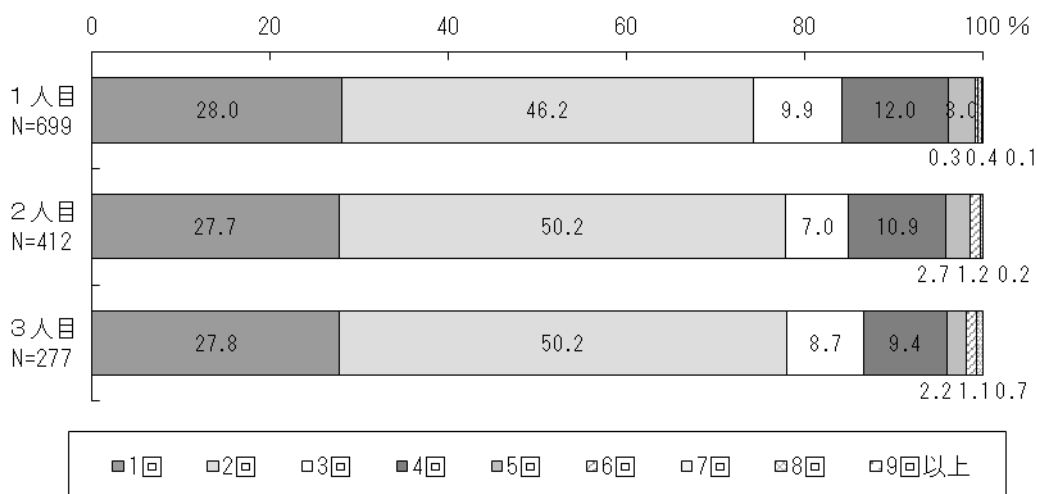
図表 98 | 問 23 I.患者宅での滞在時間(N=1,162)



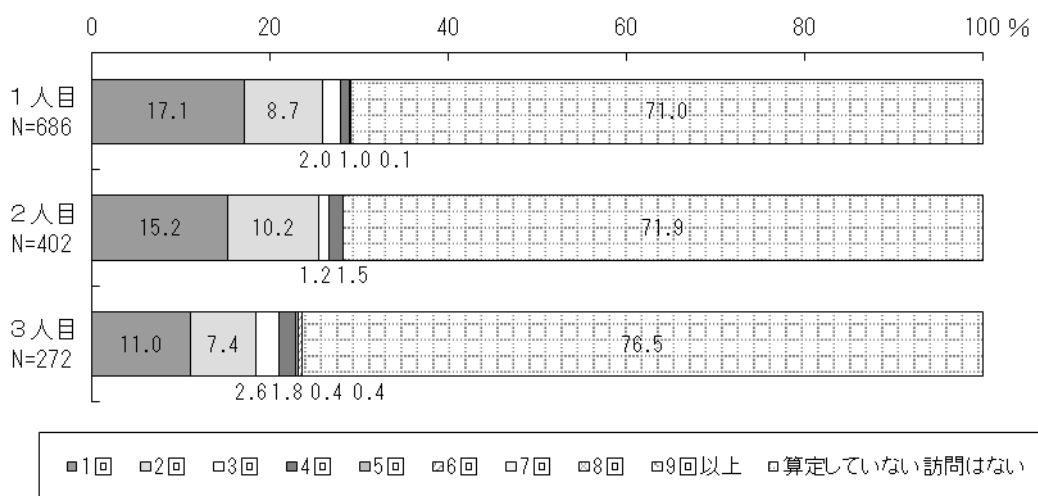
図表 99 | 問 23 J.患者に対して算定した点数(複数回答)(N=1,162)



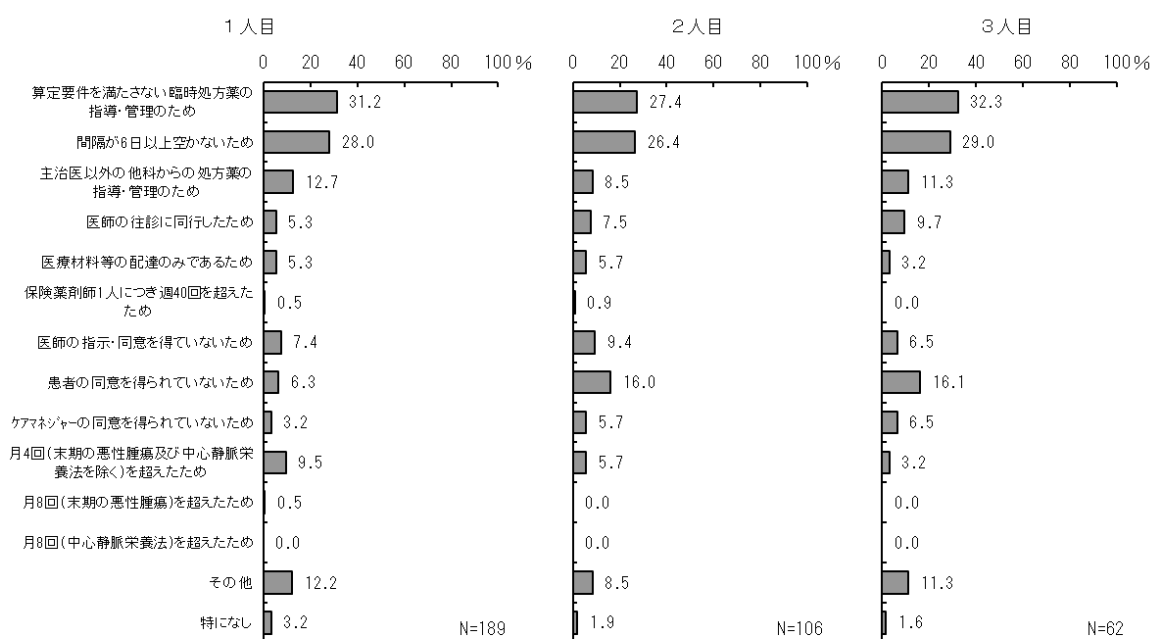
図表 100 | 問 23 K.2019 年 7 月 1 か月間における訪問回数(N=1,162)



図表 101 | 問 23 L.K の訪問回数のうち、「在宅患者訪問薬剤管理指導料」または「居宅療養管理指導費」を算定していない訪問の回数(N=1,162)



図表 102 | 問 23 M.算定していない理由(複数回答)(N=1,162)



2-2 医療機関票

まず、医療機関に勤務する薬剤師に在宅業務を実施しているか調査したところ、回答のあった 50 件の医療機関のうち、在宅業務を行っているとは回答した医療機関は 10 件にとどまった。(在宅業務の実施有無)

上述のように薬剤師による在宅業務を実施している医療機関のサンプル数が少ないため、薬剤師による在宅業務を実施している医療機関による詳細な実施内容についての分析は実施しないこととした。

一方、個人居宅又は施設への訪問の実施経験の有無については、50 件のうち個人居宅に訪問した経験のある医療機関は 23 件、施設に訪問した経験のある医療機関は 13 件であり、薬局票と同じく個人居宅に比べ施設での実施は少なかった。(問 11)

訪問を実施していない理由としては、個人居宅・施設のいずれにおいても「薬剤師の人手が不足している」が最も多かった。(問 11)

在宅業務を行う上での問題点としても、「薬剤師の人手が足りない」が最も多く、次いで「時間が足りない(移動時間が長い等)」が多かった。薬局の場合と同様、そもそもの人材不足が課題であることがわかる。(問 15)

上述の問題点を踏まえ、今後在宅業務を行う上で必要だと感じる支援および国や都道府県に期待する支援としては、「算定できない在宅業務に対する加算の充実」が最も多かった。薬局の場合と同様、薬剤師が実施している在宅業務のうち真に必要性が認められる業務については、適正に評価できるように見直し、薬剤師に適切なインセンティブを与えることで人手不足などを解消するきっかけとなり、医療機関による在宅業務の推進に繋がる可能性が考えられる。(問 16)

2-3 特養票

本調査研究では、特別養護老人ホームから見た薬剤師による在宅業務の実態や今後への期待も調査した。

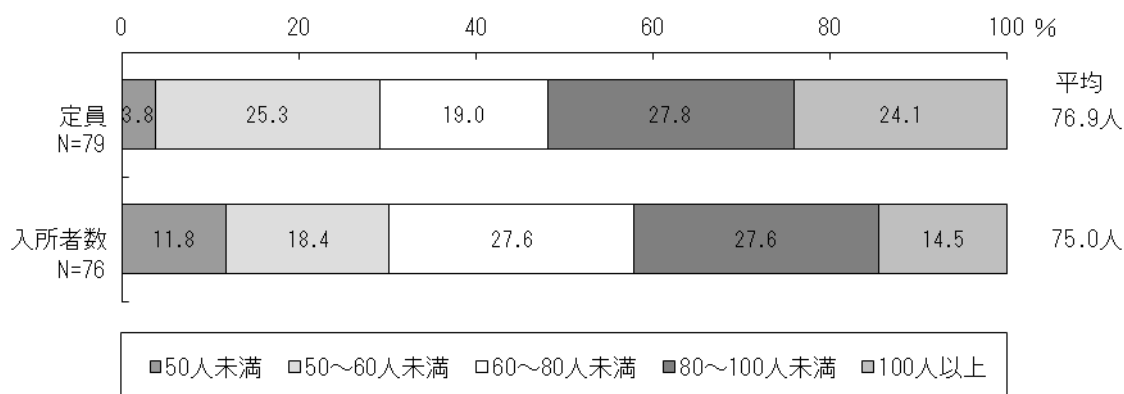
(1) 施設の概要

まず、特別養護老人ホームの利用状況について調査した。特別養護老人ホームの入所者数は、80～100人未満が最も多く、次いで50～60人未満、100人以上の順が多かった。

一方、実際の入所者数としては、60～80人未満と80～100人未満が同率で最も多かった。

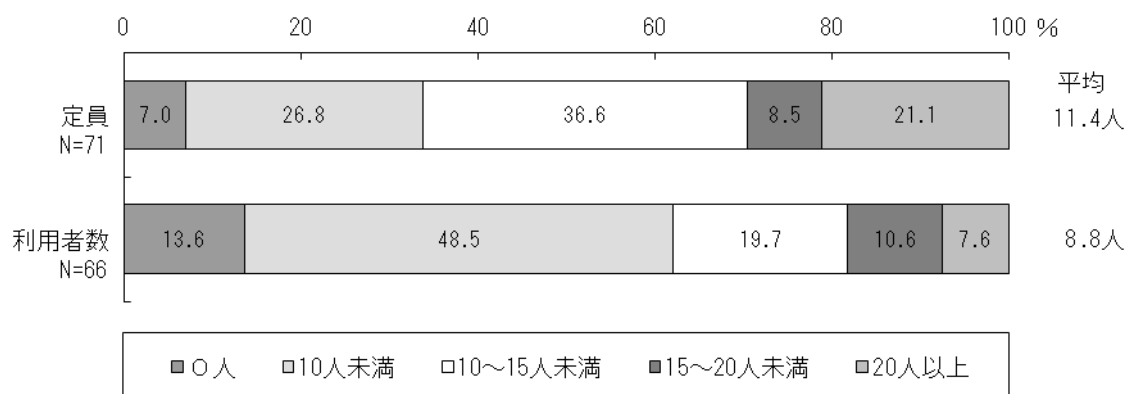
平均値をとると、定員としては76.9人、入所者数としては75.0人となり、全国的に定員とほぼ同数の入所者が入所していることがわかる。

図表 103 | 問1(1) 入所定員・入所者数_長期入所(定員:N=79 | 入所者数:N=76)



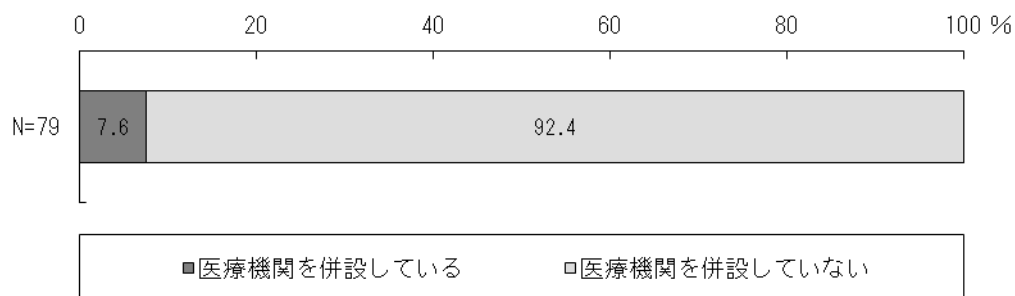
次に、短期入所利用者（いわゆるショートステイ）についても同様の調査を行った。定員としては10～15人未満が最も多く、次いで10人未満が多かった。また利用者数としては約半数の施設が10人未満と回答した。平均値をとると、定員数が11.4人、利用者数が8.8人となり、短期入所者については全国的に見ると定員に対し利用者がやや少ないと言える。

図表 104 | 問1(1) 入所定員・入所者数__短期入所(定員:N=71 | 入所者数:N=66)



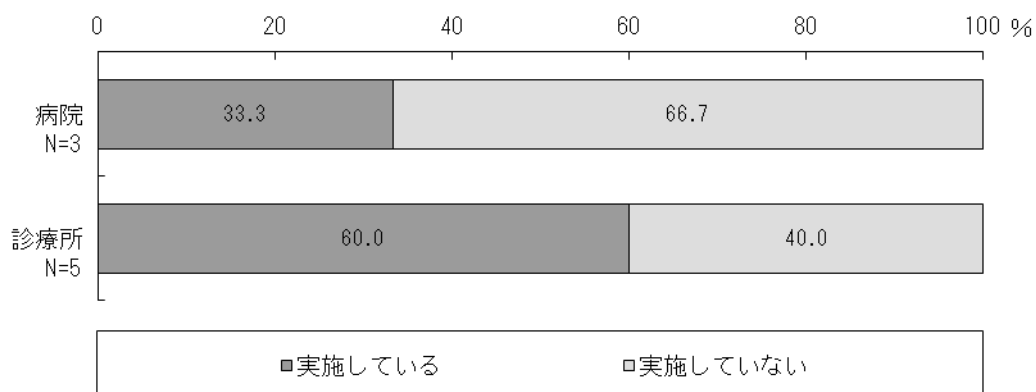
併設医療機関の有無としては、9割以上の特別養護老人ホームが医療機関を併設していなかった。

図表 105 | 問1(2) 併設している医療機関の有無(N=79)



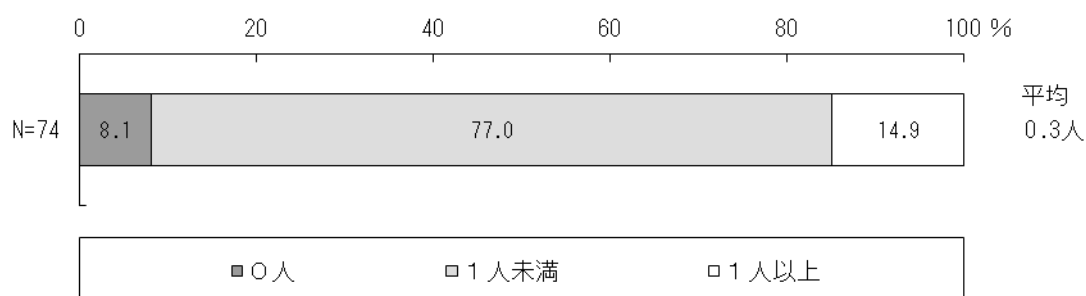
上記において医療機関を併設していると回答した施設に対し、その医療機関（病院の薬剤部・診療所等）が院外処方も実施しているかを調査したところ、病院では7割弱が院外処方を実施していなかった一方で、診療所では6割が院外処方を実施していた。

**図表 106 | 問1(3) 併設している医療機関の種類ごとの院外処方の実施状況
(病院:N=3 | 診療所:N=5)**



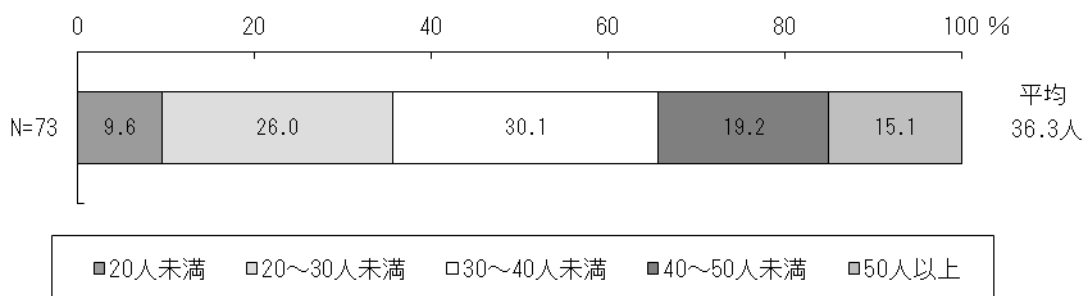
次に、特別養護老人ホームにおける職員の人員構成を調査した。
配置医師は常勤換算で1人未満である特別養護老人ホームが8割弱と多かった。

図表 107 | 問1(4) 勤務している職員数(常勤換算)_配属医師(N=74)



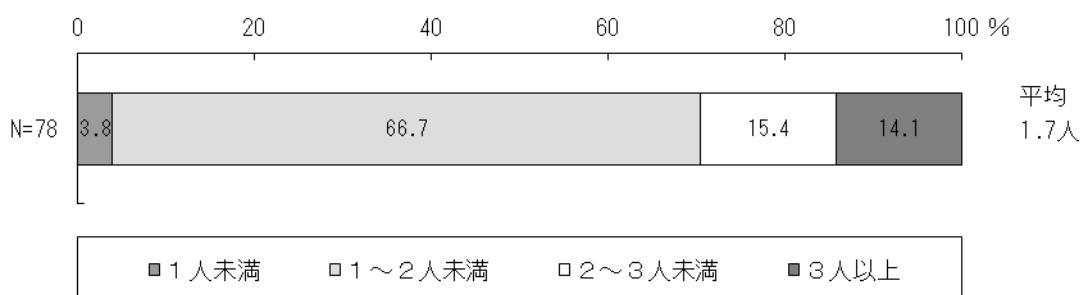
介護職員は、常勤換算で30~40人未満の場合と20~30人未満の場合がそれぞれ3割程度とほぼ同率で最も多かった。

図表 108 | 問1(4) 勤務している職員数(常勤換算)__介護職員(N=73)



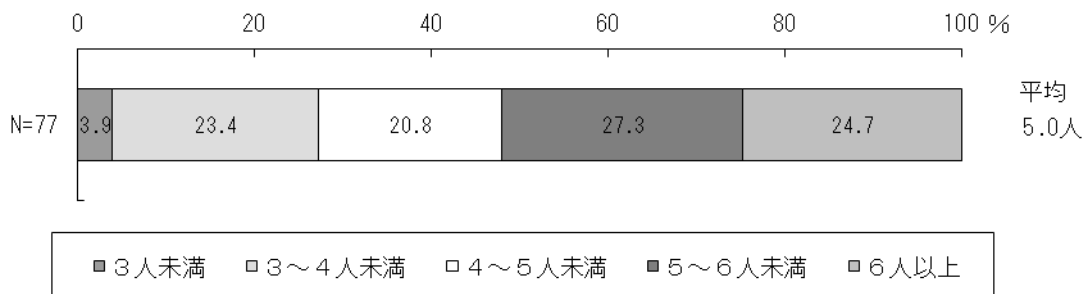
ケアマネジャーは、常勤換算で1～2人未満の場合が7割弱と最も多かった。

図表 109 | 問1(4) 勤務している職員数(常勤換算)__ケアマネジャー(N=78)



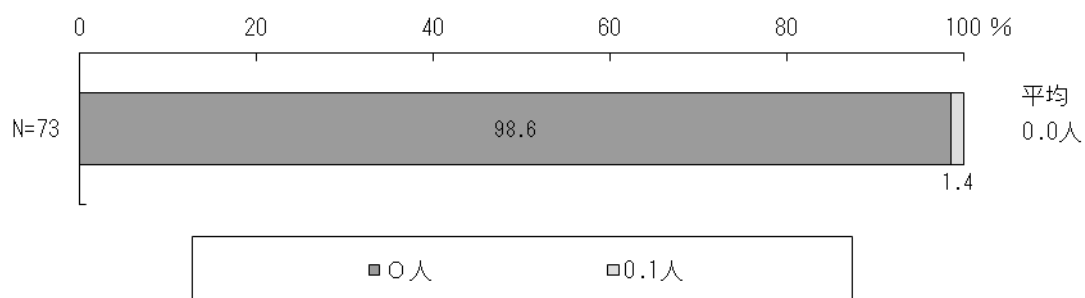
看護職員は常勤換算で5～6人未満が最も多く、次いで6人以上、3～4人未満、4～5人未満の順で多かった。

図表 110 | 問1(4) 勤務している職員数(常勤換算)__看護職員(N=77)



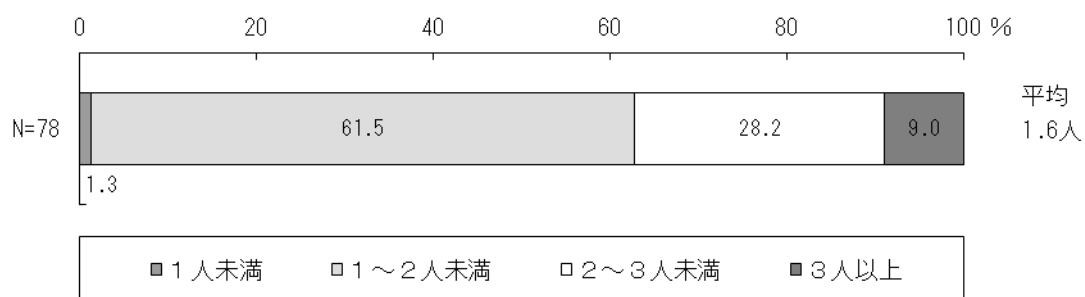
薬剤師はほぼすべての特別養護老人ホームにおいて常勤換算で0人であった。

図表 111 | 問1(4) 勤務している職員数(常勤換算)_薬剤師(N=73)



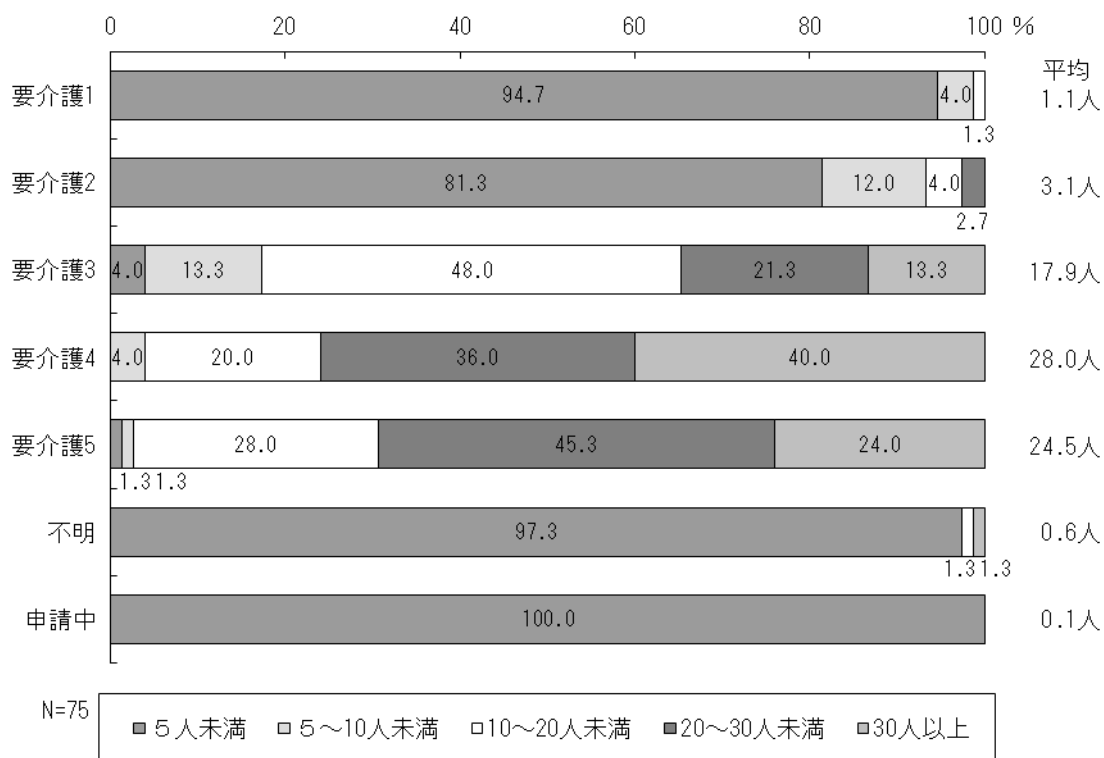
生活相談員は、常勤換算で1~2人未満が6割と最も多く、次いで2~3人未満が3割弱であった。

図表 112 | 問1(4) 勤務している職員数(常勤換算)_生活相談員(N=78)



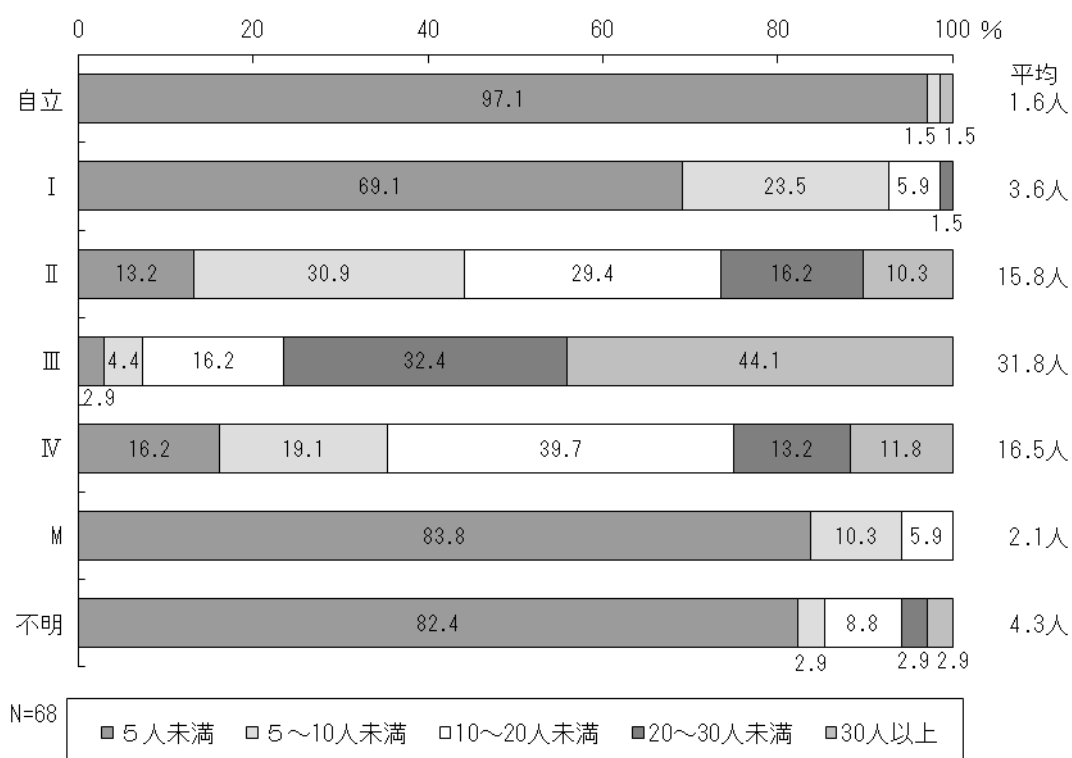
入所者の要介護度別人数としては、要介護1と要介護2については5人未満が8割以上を占める一方、要介護3は半数で10~20人未満、要介護4は4割で30人以上、要介護5では半数弱で20~30人未満が最も多かった。平均すると最も多いのは要介護4の入所者であり28.0人、次いで要介護5の入所者であり24.5人であった。

図表 113 | 問1(5) 入所者の要介護度別人数(N=75)



また、認知症高齢者の日常生活自立度別人数としては、自立である利用者は5人未満、Iである利用者は7割が5人未満であったのに対し、IIである利用者については5～10人未満と、10～20人未満が3割ずつと多く、IIIである利用者については30人以上が4割強と多く、IVである利用者については10～20人未満が4割と多かった。自立度がII～IVと重く、手のかかる利用者が多く入所していると言える。

図表 114 | 問1(6) 認知症高齢者の日常生活自立度別人数(N=68)

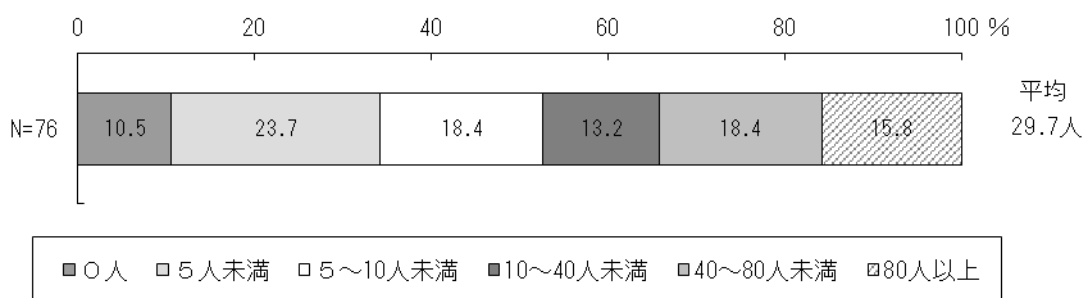


(2) 薬剤の管理状況

次に、特別養護老人ホームにおける薬剤の管理状況を調査した。

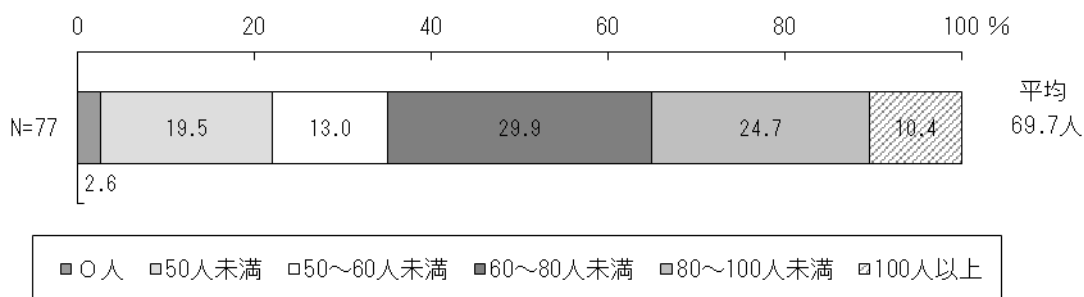
まず、外部の医療機関を受診している長期入所者の数としては、5人未満が4分の1弱と最も多く、次いで5～10人未満と40～80人未満が2割弱と多かった。平均すると29.7人が外部の医療機関を受診していた。

図表 115 | 問2(1)① 外部の医療機関を受診している長期入所者数(N=76)



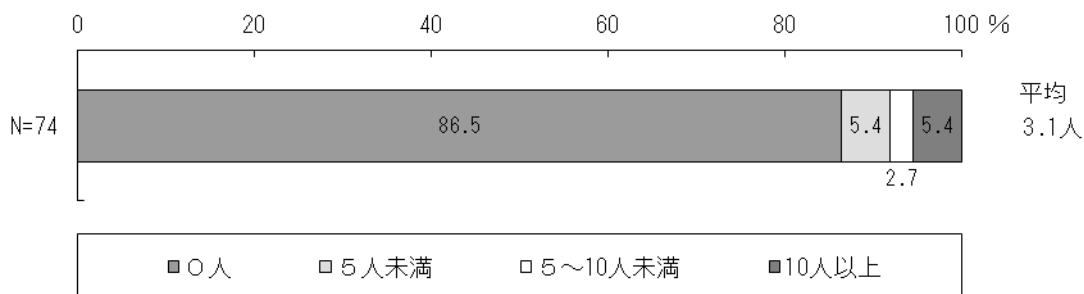
また、薬剤を処方されている長期入所者の数としては、60～80人未満が3割と最も多く、次いで80～100人未満が多かった。平均すると69.7人が薬剤の処方を受けていた。

図表 116 | 問2(1)② 配置医師又は外部の医療機関から薬剤を処方されている長期入所者数(N=77)



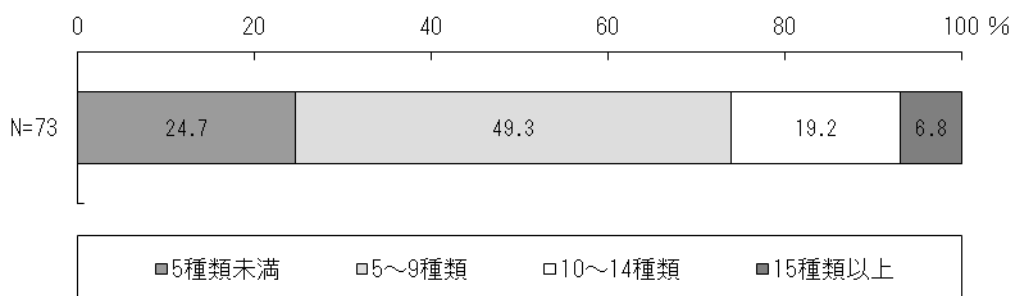
また上述の、薬剤を処方されている長期入所者のうち、服薬支援が必要でない長期入所者の数を調査したところ、9割弱が0人と回答した。平均としては3.1人であり、配置医又は外部の医療機関から薬剤を処方されている長期入所者数の平均が約70人であることと比べると、薬剤を処方されている長期入所者のほとんど全てが服薬支援を必要とする状態にあることがわかる。

図表 117 | 問2(1)③ ②のうち、職員による服薬支援が必要ではない長期入所者数(N=74)



また、薬剤を処方されている長期入所者のうち、服用薬剤の種類数として最も多い区分としては、半数の特別養護老人ホームで5～9種類と最も多く、次いで5種類未満である特別養護老人ホームが多かった。

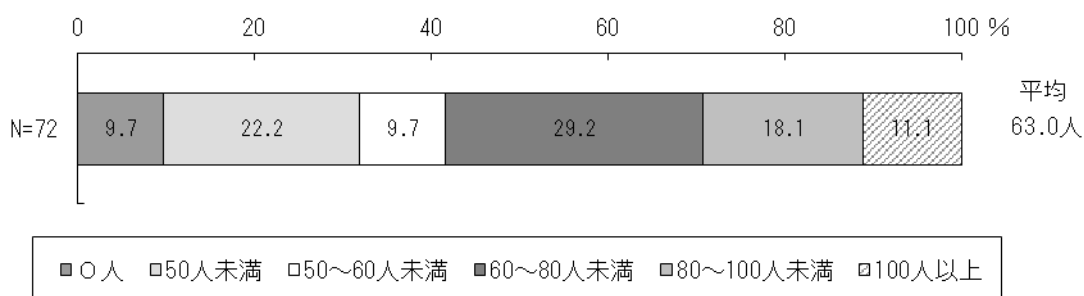
図表 118 | 問2(2) 長期入所者のうち、薬剤を処方されている入所者について、服用薬剤の種類数として最も多い区分(N=73)



次に、長期入所者に薬剤を処方している処方元について調査した。

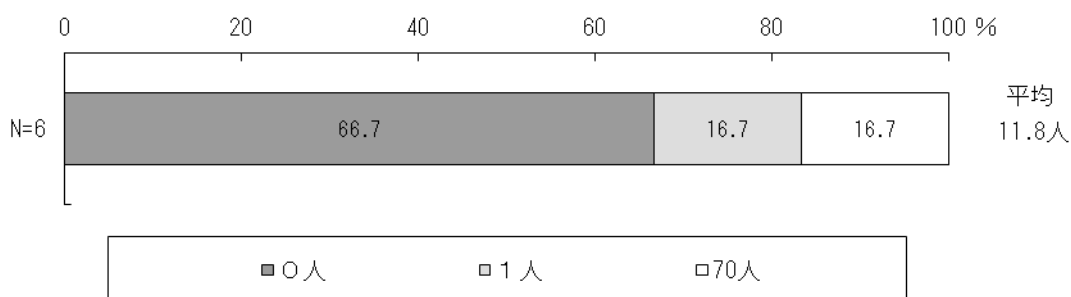
配置医師が処方している長期入所者数は60～80人未満である特別養護老人ホームが3割と最も多く、次いで50人未満の特別養護老人ホームが多かった。平均すると63.0人が配置医師から薬剤を処方されていた。

図表 119 | 問2(3)① 配置医師が処方している長期入所者数(N=72)



また併設医療機関が処方している長期入所者数は、7割弱の特別養護老人ホームで0人であり、平均しても11.8人に留まった。

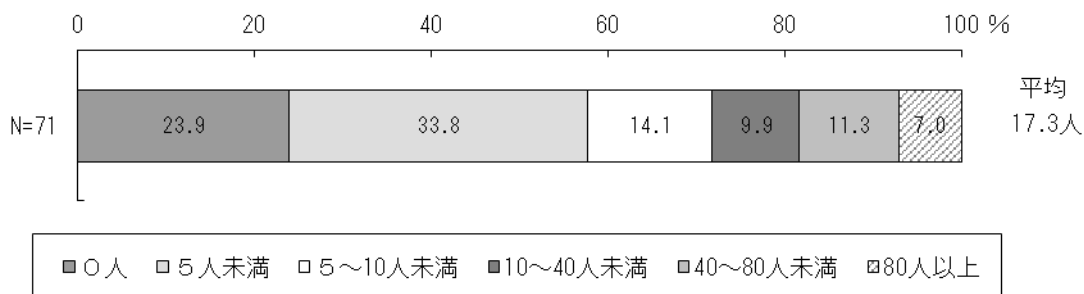
図表 120 | 問2(3)② 併設医療機関が処方している長期入所者数(N=6)



さらに、併設医療機関以外の医療機関が処方している長期入所者数は、5人未満である特別養護老人ホームが3割と最も多く、次いで0人の特別養護老人ホームが多かった。

すなわち、配置医師が処方している場合が最も多く、次いで併設医療機関以外の医療機関が処方している場合、併設医療機関が処方している場合の順で多いことがわかった。

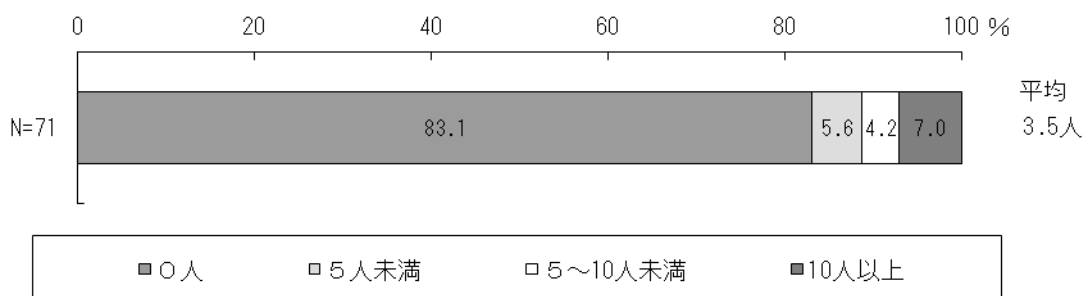
図表 121 | 問2(3)③ 併設医療機関以外の医療機関が処方している長期入所者数(N=71)



次に、長期入所者の薬剤の入手方法について調査した。

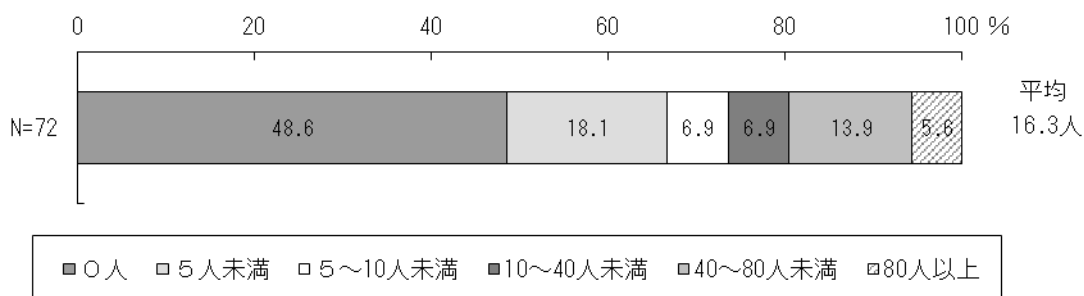
医療機関で直接入手している長期入所者数は、8割強の特別養護老人ホームにおいて0人であった。

図表 122 | 問2(4)① (院外処方)医療機関で薬剤を直接入手している長期入所者数(N=71)



また、薬局のカウンターで入手している長期入所者数は、0人の特別養護老人ホームが半数弱と最も多く、次いで5人未満、40～80人未満の順が多かった。

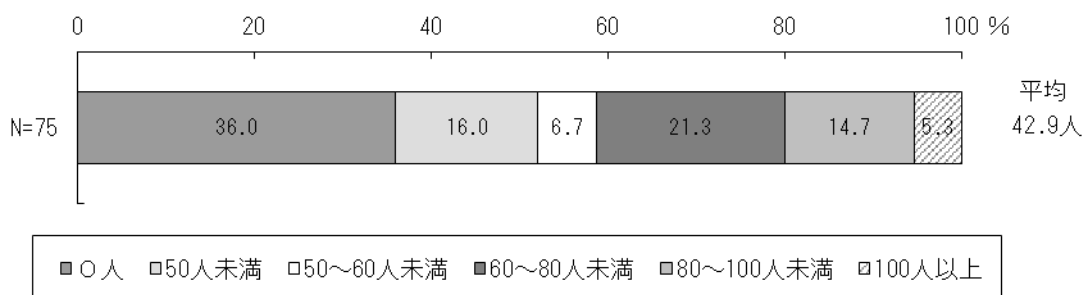
図表 123 | 問2(4)② (院外処方)薬局のカウンターで入手している長期入所者数(N=72)



また、薬局薬剤師が施設まで薬剤を届けに来ている長期入所者数は、0人の施設が4割弱と最も多く、次いで60～80人未満の施設が多かった。

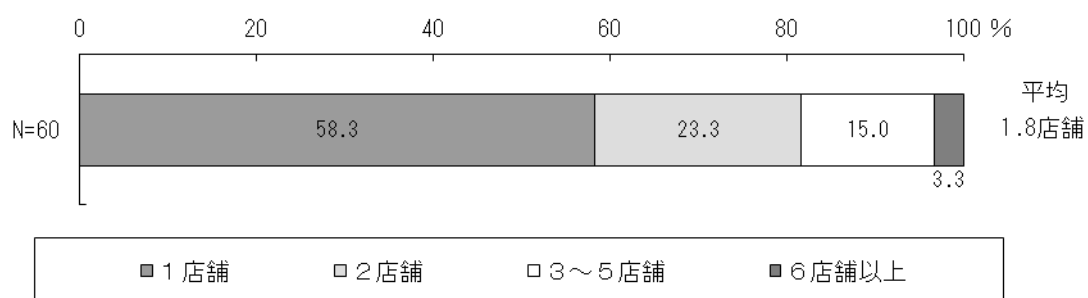
すなわち、薬局の薬剤師が施設まで薬剤を届けに来ている場合が最も多く、次いで薬局のカウンターで入手している場合であり、医療機関で直接入手している場合はほとんどないことがわかった。

図表 124 | 問2(4)② (院外処方)薬局の薬剤師が貴施設まで薬剤を届けに来ている長期入所者数(N=75)



また、長期入所者の処方箋を調剤している薬局数を施設ごとに調査したところ、6割弱の施設で1店舗であった。次いで2店舗の施設が2割強であり、8割強の施設において長期入所者の処方箋が特定の1～2店舗の薬局に集中していると言える。

図表 125 | 問2(5) 長期入所者の処方箋を受けて調剤している薬局数
(N=60)

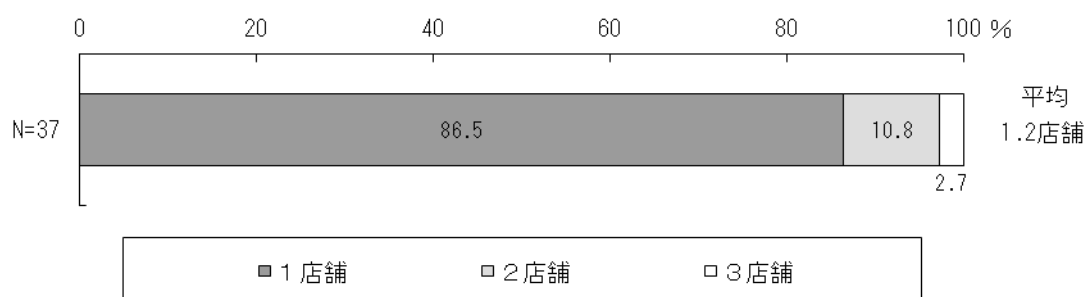


(3) 薬剤師による訪問業務の状況

次に、薬剤師による施設への訪問状況や、実際に行っている業務の詳細について調査した。

まず、施設に訪問してくる薬局店舗数を調査したところ、85%以上の施設で1店舗であった。1施設に対し1店舗の薬局が一括して業務を引き受けている場合が多いと言える。

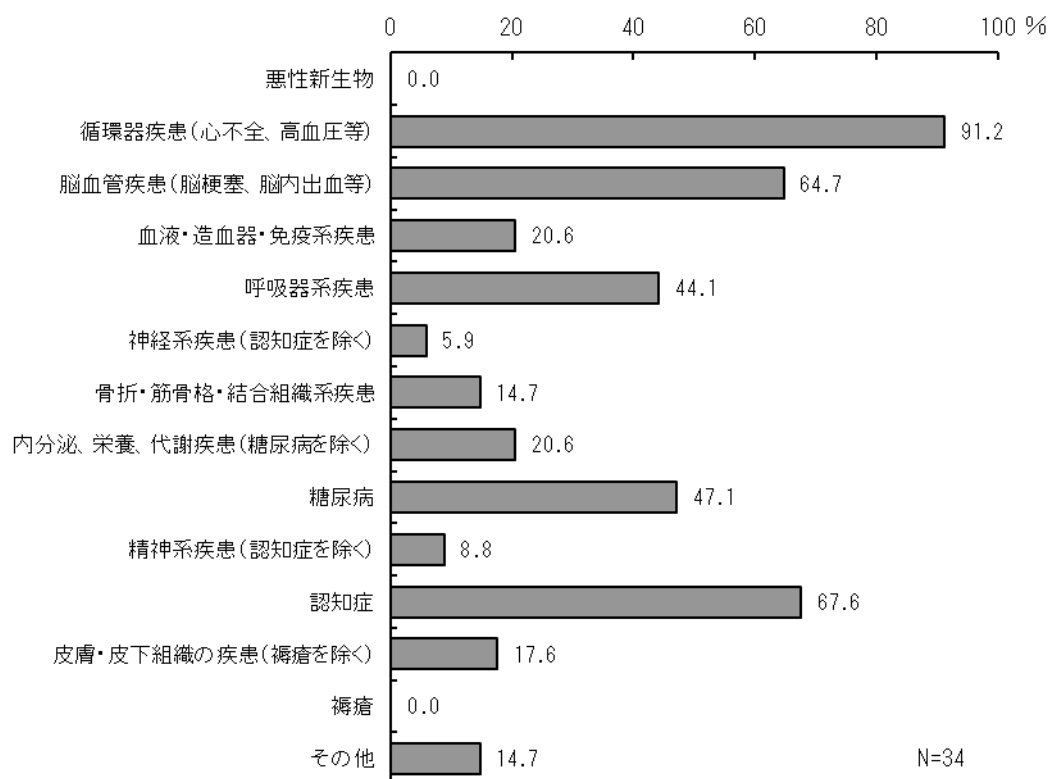
図表 126 | 問3(1)① 訪問してくる薬局店舗数(N=37)



次に、薬剤師による訪問業務を受けている入居者の傷病に何が多いかを調査した。最も多いのが循環器疾患（心不全、高血圧等）で9割以上であった。次いで認知症と脳血管疾患（脳梗塞、脳内出血等）が6割強と多かった。また糖尿病と呼吸器系疾患が半数弱であった。

薬局票において薬剤師による在宅業務を提供する患者に多い主傷病を調査した際は、認知症、循環器疾患、脳血管疾患の順で多く、上位に挙げられる疾患は施設において薬剤師による訪問業務を受けている入居者の主傷病と一致していた。

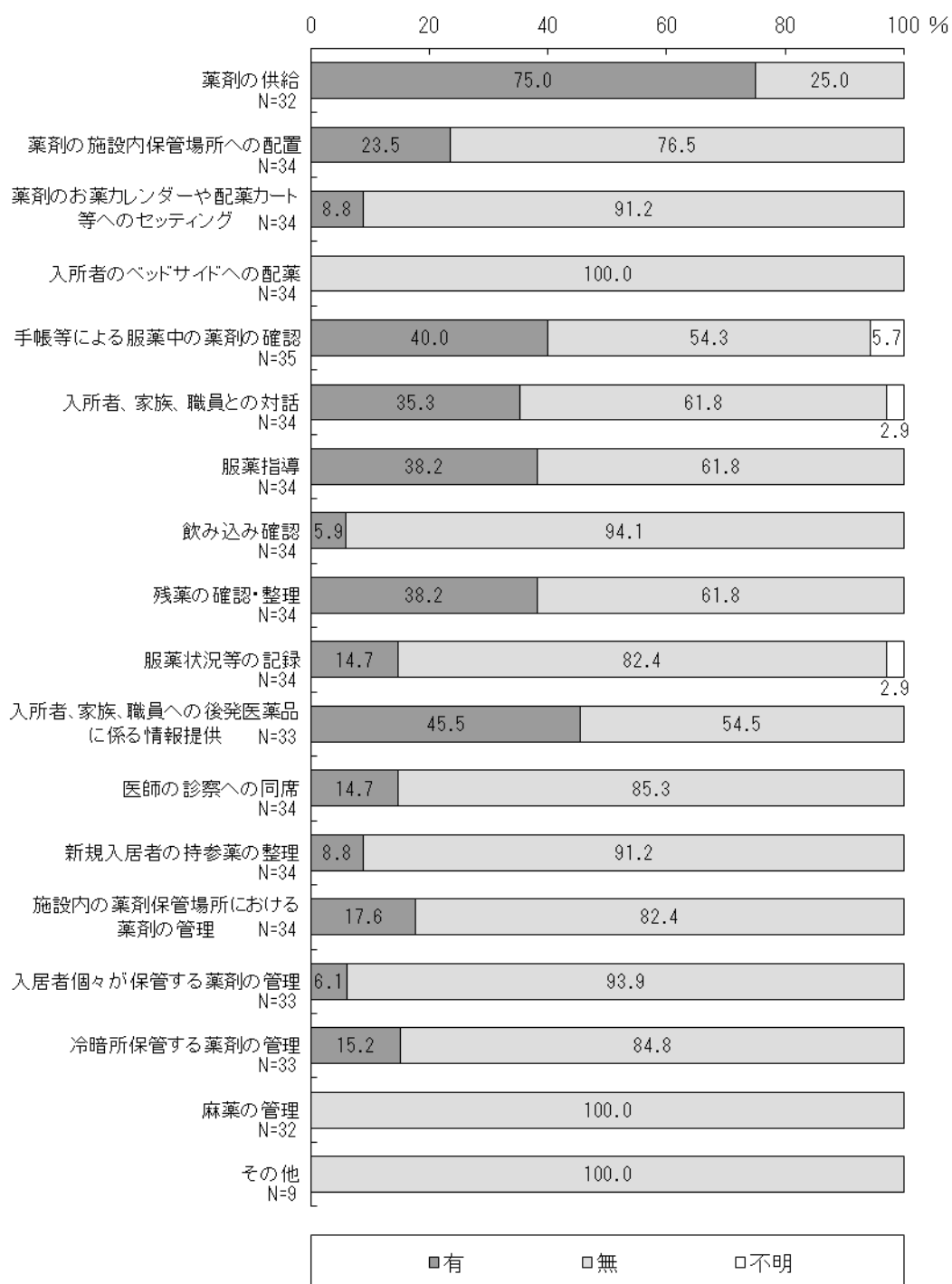
図表 127 | 問3(2) 薬剤師による訪問業務を受けている入居者の傷病(5 つまで複数回答)
(N=34)



次に、施設で行われている業務と、その中で訪問薬剤師が担うことがある業務について、その詳細を調査した。

まず、施設で行われる各業務のうち訪問薬剤師が実施している割合を調査した。訪問薬剤師が最も実施していたのは「薬剤の供給」で、75%の施設で薬剤師が実施していた。次いで、「入所者、家族、職員への後発医薬品に係る情報提供」「手帳等による服薬中の薬剤の確認」「残薬の確認・整理」「服薬指導」「入所者、家族、職員との対話」の順で薬剤師が実施している割合が多く、いずれも4割前後の施設で薬剤師が実施していた。

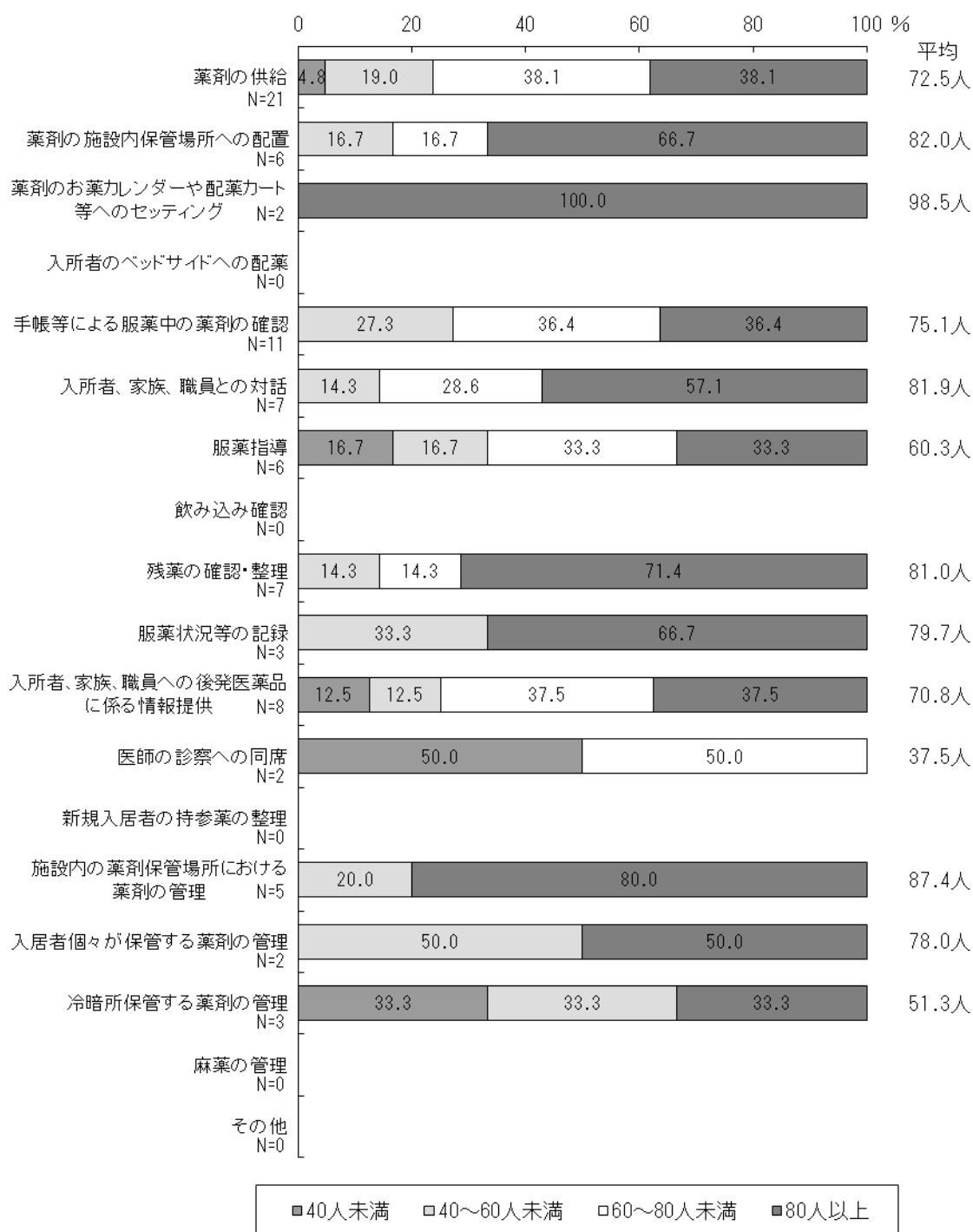
図表 128 | 問3(3)① 訪問薬剤師による各業務の実施の有無(N=9~35)



次に、施設で実施されるこれらの業務の対象になっている入居者の数を業務ごとに調査した。

最も対象になっている入所者が多いのは「薬剤のお薬カレンダーや配薬カート等へのセッティング」であり、次いで「施設内の薬剤保管場所における薬剤の管理」「薬剤の施設内保管場所への配置」「入所者、家族、職員との対話」「残薬の確認・整理」「服薬状況の記録」「入居者個々が保管する薬剤の管理」「手帳等による服薬中の薬剤の確認」「薬剤の供給」「入所者、家族、職員への後発医薬品に係る情報提供」などが挙げられた。

図表 129 | 問3(3)② 対象となっている入居者数(N=0~21)

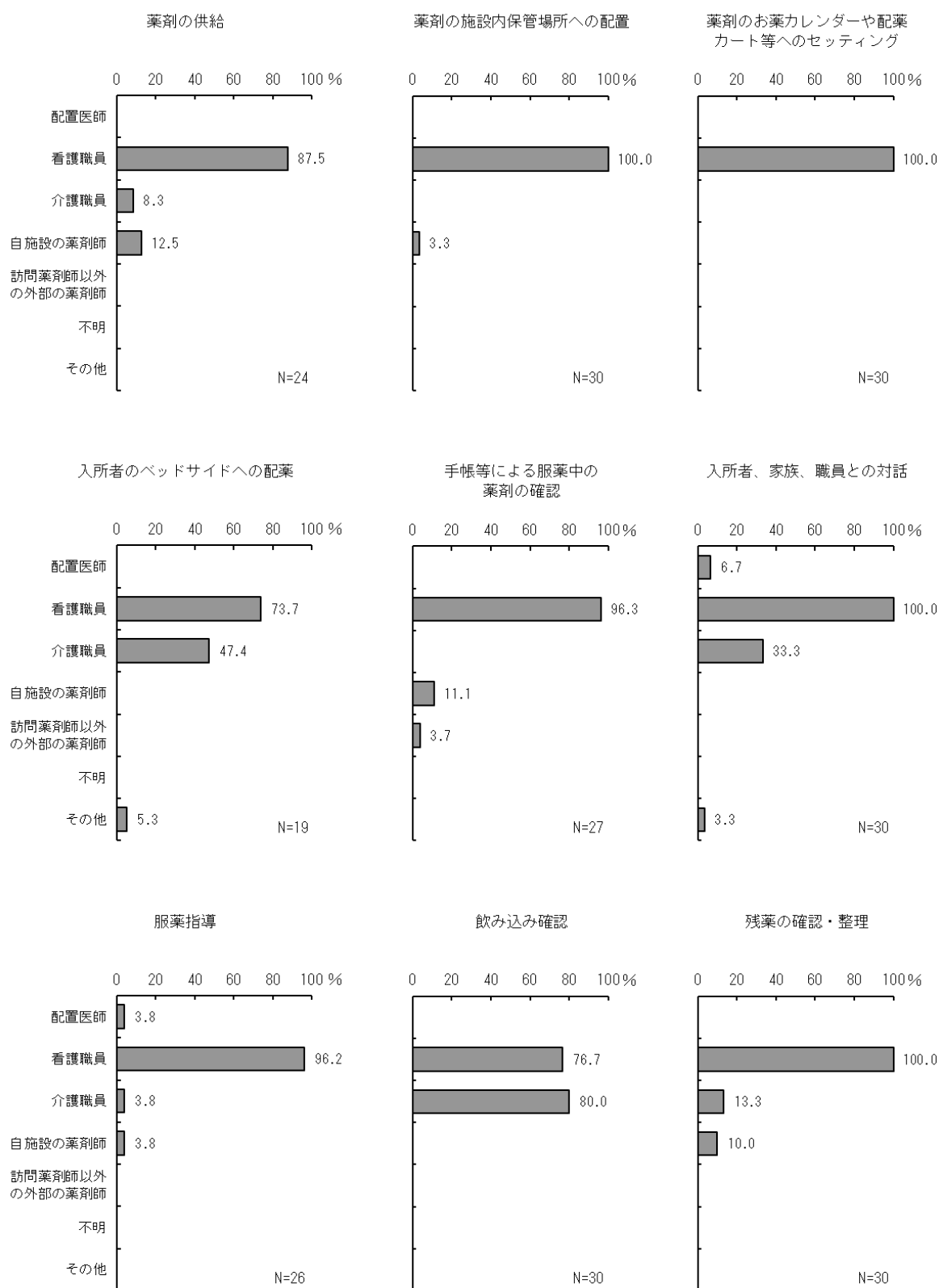


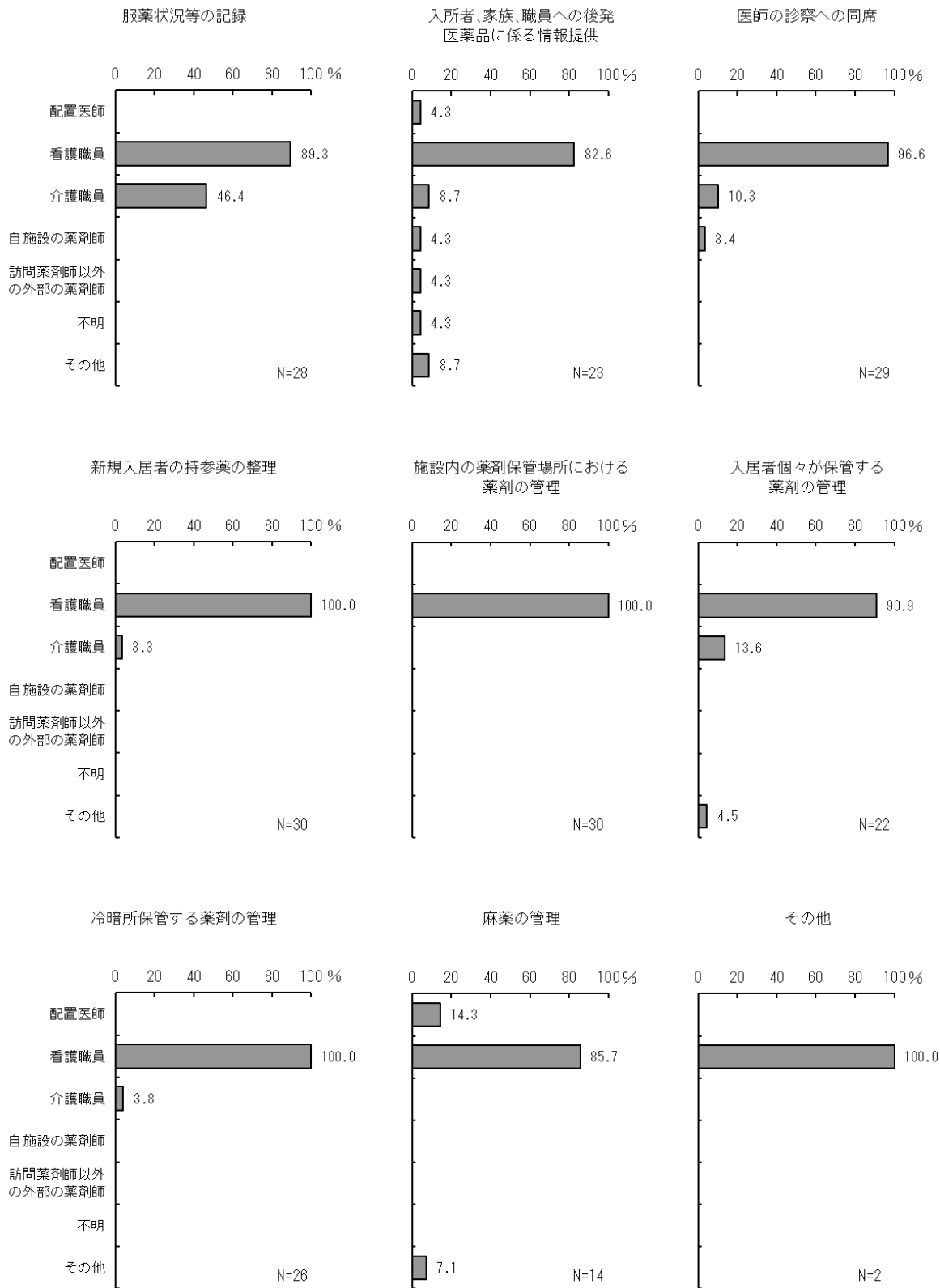
次いで、各業務を実施している職種を調査した。

薬剤の供給、薬剤の施設内保管場所への配置、薬剤のお薬カレンダーや配薬カート等へのセッティング、手帳などによる服薬中の薬剤の確認、入所者・家族・職員との対話、服薬指導、残薬の確認・整理、入所者・家族・職員への後発医薬品に係る情報提供、医師の診察への同席、新規入居者の持参薬の整理、施設内の薬剤保管場所における薬剤の管理、入居者個々が保管する薬剤の管理、冷暗所保管する薬剤の管理、麻薬の管理、等は看護職員による実施が圧倒的に多かった。また入所者のベッドサイドへの配薬と服薬状況等の記録は看護職員による実施が多いながら介護職員が実施する場合も多い業務であった。また、飲み込み確認は看護職員と介護職員がほぼ同じ割合で実施していた。

いずれの業務においても、自施設の薬剤師が実施している場合は多くても10%程度で、訪問薬剤師以外の外部の薬剤師が実施している場合はほぼ存在しなかった。

図表 130 | 問3(3)③ 訪問薬剤師に関わらず、施設で当該業務を実施している職種
(N=2~30)

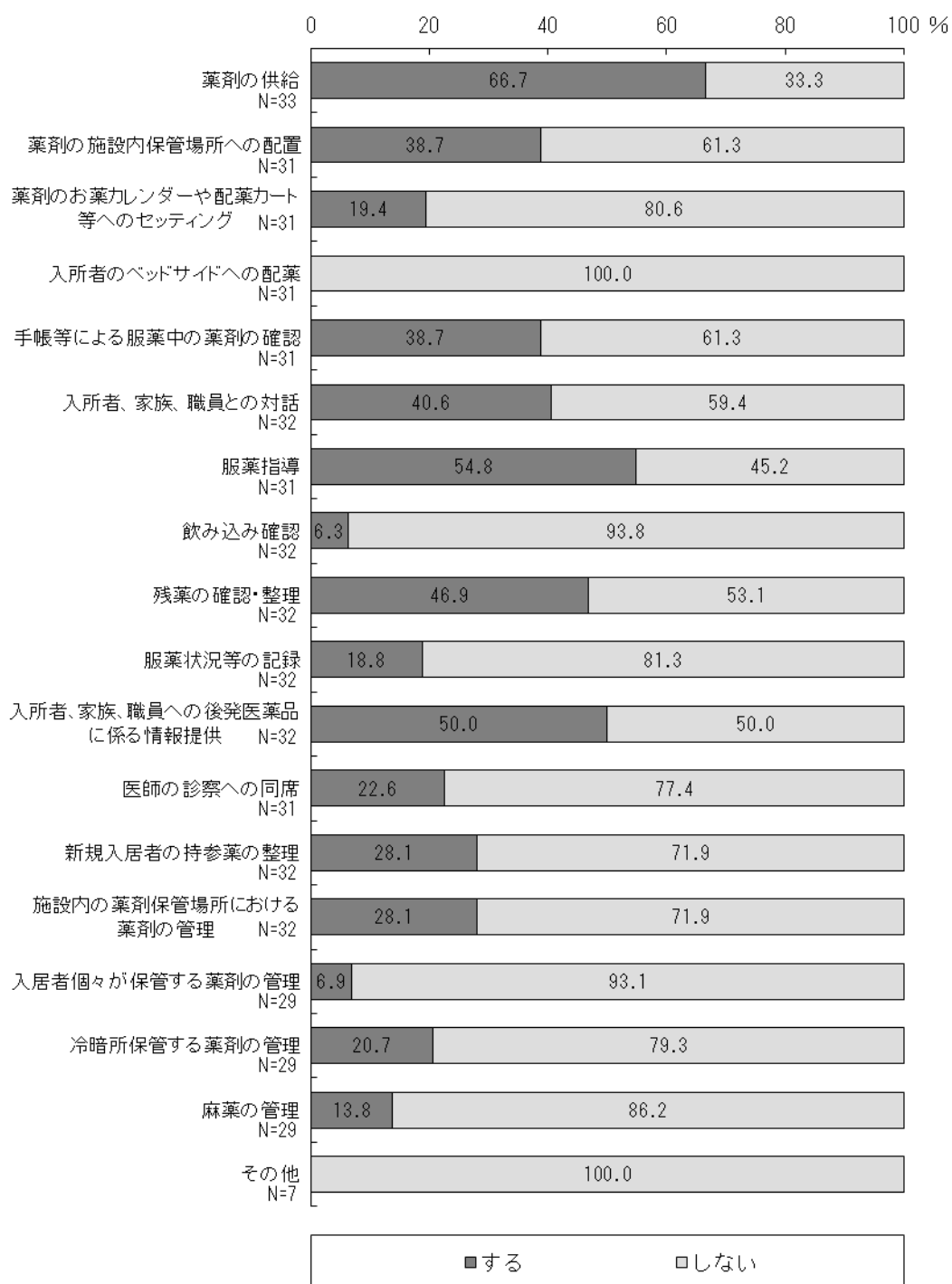




これらの施設内業務の実施を、今後訪問薬剤師に実施してほしいかについても調査した。実施して欲しいという回答が最も多かった業務は「薬剤の供給」で7割弱の施設が希望した。次いで「服薬指導」「入所者、家族、職員への後発医薬品に係る情報提供」といった医薬品にかかる専門知識の提供と「残薬の確認・整理」を半数前後の施設が希望した。

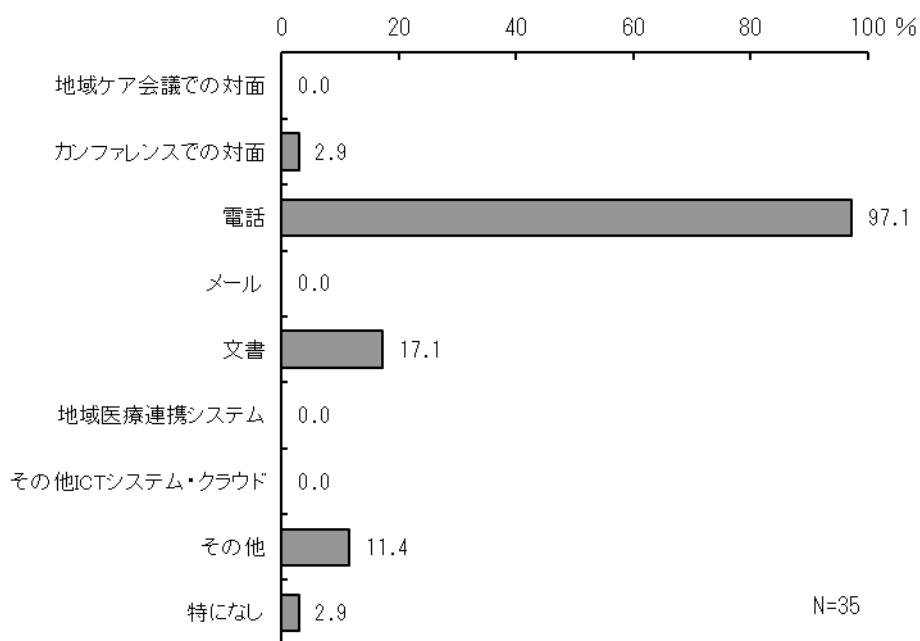
上記に挙げられた実施してほしい業務のうち、現状においても薬剤師により実施されている割合が多い業務は「薬剤の供給」であった。また現状において4割前後が薬剤師により実施されている業務は「服薬指導」「入所者、家族、職員への後発医薬品に係る情報提供」「残薬の確認・整理」であった。「服薬指導」「入所者、家族、職員への後発医薬品に係る情報提供」「残薬の確認・整理」の実施を促すことで、施設のニーズを充足することが期待されていると言える。また現状においてこれらの業務を実施している職種は主に看護師であるため、実施にあたっては看護師との連携を重視すべきであると思われる。

図表 131 | 問3(3)④ 今後訪問薬剤師による実施を希望するか(N=7~33)



また訪問薬剤師や訪問元の薬局との連絡手段としては、電話が最も多く、ほぼ全ての特別養護老人ホームで利用されていた。他には「文書」や「カンファレンス及びサービス担当者会議での対話」が挙げられた。

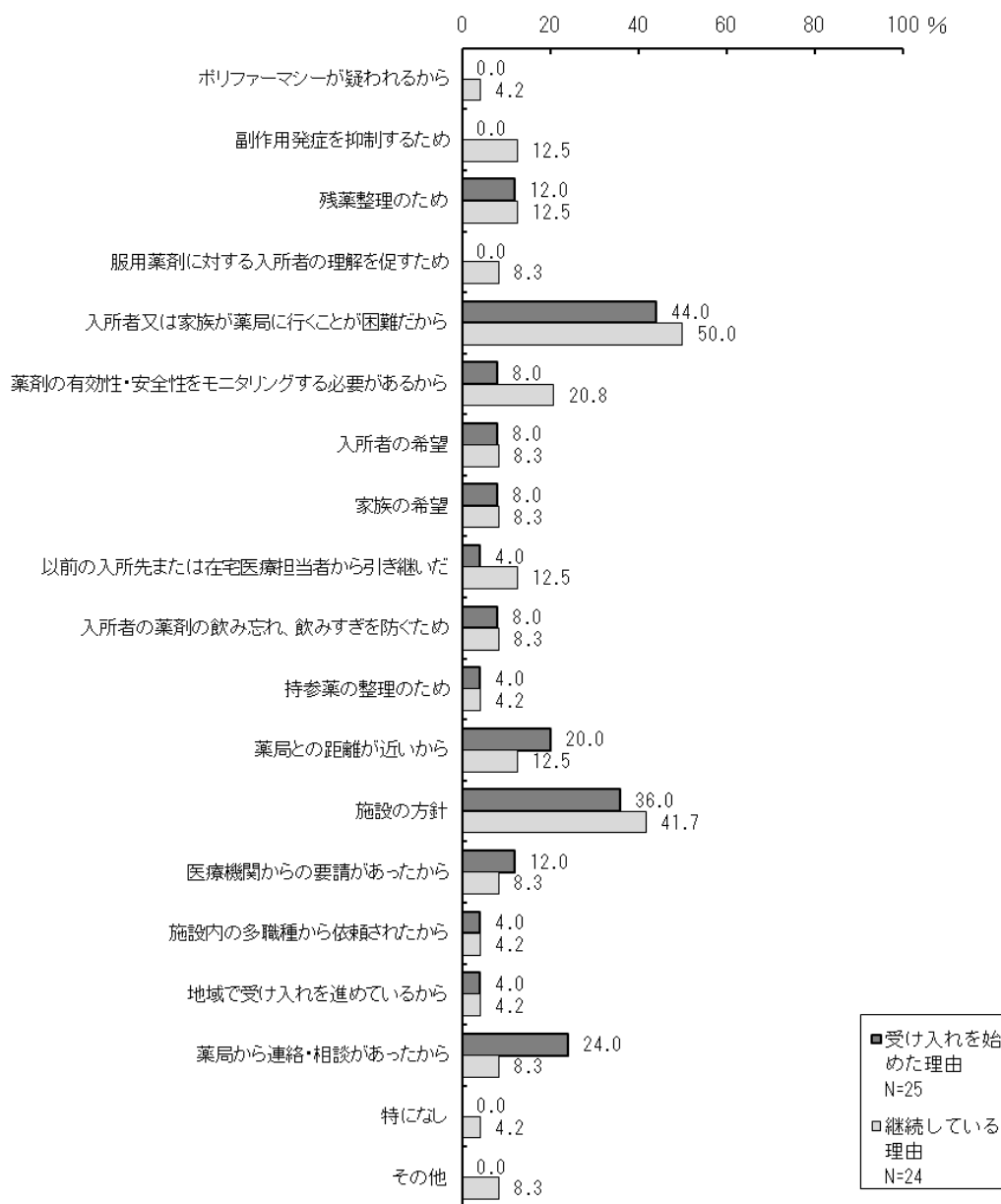
図表 132 | 問3(4) 訪問する薬剤師や訪問元の薬局との連絡手段(3つまで複数回答)
(N=35)



また、薬剤師の訪問を受け入れ始めた理由や継続している理由を調査した。始めた理由として最も多かったのは「入所者又は家族が薬局に行くことが困難だから」であり、実際に訪問薬剤師が実施している業務で最も多く挙げられた「薬剤の供給」に通じる理由であった。次いで「施設の方針」が多く、「薬局から連絡・相談があったから」「薬局との距離が近いから」など、薬学的専門性とは直接関係のない理由が挙げられた。

一方、薬剤師の訪問の受け入れを継続している理由としては、「入所者又は家族が薬局に行くことが困難だから」が最も多く、「施設の方針」が2番目に多い点は開始時と変わらないが、次いで20%の施設が挙げた「薬剤の有効性・安全性をモニタリングする必要があるから」や、12.5%の施設が挙げた「副作用発症を抑制するため」「残薬管理のため」といった薬学的専門性による効果を期待して継続しているケースも存在することが確認できた。また開始理由にもあった「薬局との距離が近い」や「以前の入所先または在宅医療担当者から引き継いだ」といった理由も挙げられた。

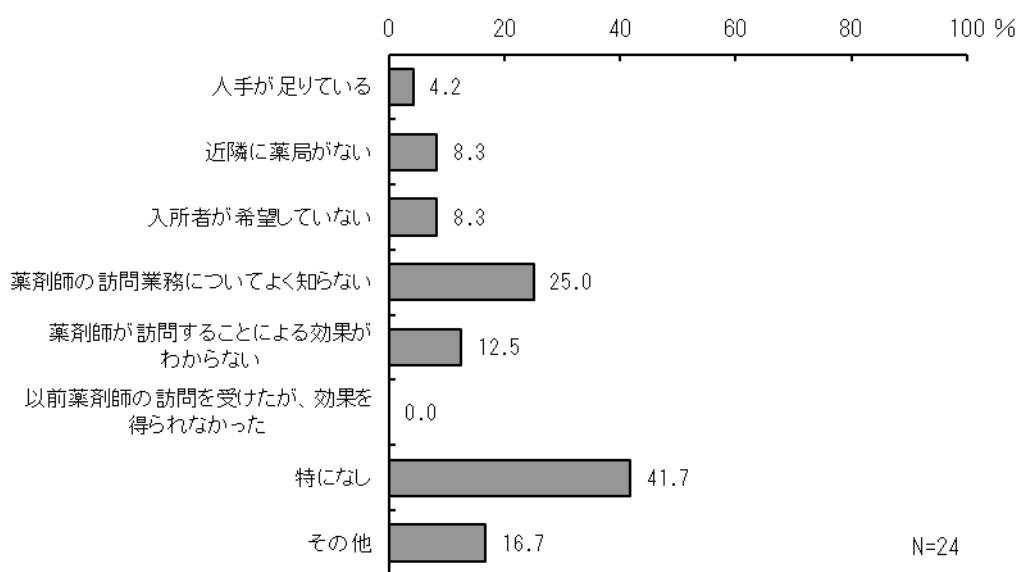
図表 133 | 問3(5) 薬剤師の訪問を受け入れ始めた理由・継続している理由(複数回答)
 (受け入れを始めた理由:N=25 | 継続している理由 N=24)



一方で、現在薬剤師の訪問を受けていない施設に対し、訪問を受けない理由を調査した。

「特になし」が4割強と最も多く、次いで「薬剤師の訪問業務についてよく知らない」「薬剤師が訪問することによる効果がわからない」といった理由が挙げられた。薬剤師による在宅業務内容やその効果は、本調査研究でも明らかにした通り、施設の業務負担を改善し、施設へ薬学的専門性を提供するとともに、利用者の薬物治療上の効果を高めリスクを取り払うものであるが、これを知らないが故にそもそも受け入れを検討していないものと推察される。薬局票の「必要な支援」でも挙げられたように、薬剤師による在宅業務の内容と意義を他の職種に周知する余地は多く残されていると思われ、これを広く知らせる活動を行うことにより、地域包括ケアにおける薬剤師の活躍の場は今より大きく拡大しうると考えられる。

図表 134 | 問4 薬剤師の訪問を受けない理由(複数回答)(N=24)



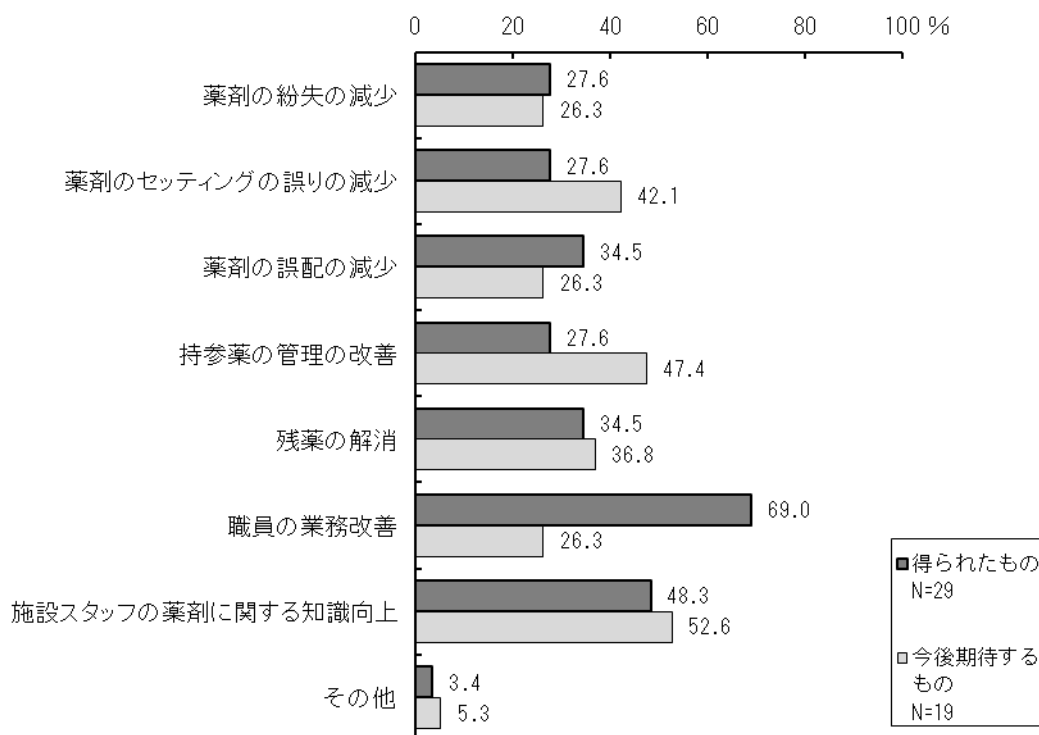
(4) 薬剤師が訪問することの効果・今後への期待

最後に、薬剤師による特別養護老人ホームへの訪問業務の効果や期待される価値を明らかにするため、訪問により得られた意義・メリットや今後に対する期待を調査した。

まず、薬剤師の施設訪問により施設が得られた意義・メリットとしては、「職員の業務改善」が7割と最も多く挙げられた。次いで「施設スタッフの薬剤に関する知識向上」「残薬の解消」などが多かった。薬学的専門知識の共有と薬剤管理の適正化により施設職員の業務負担が軽減されるなどの効果を感じられていると推察される。

また、今後期待する意義・メリットとしては、「施設スタッフの薬剤に関する知識向上」が最も多く、次いで「持参薬の管理の改善」「薬剤のセッティングの誤りの減少」が多かった。現在よりも更に、薬学的専門知識を共有すること、ならびに施設における薬剤管理に踏み込むことという、専門性の発揮を期待されていると言える。

図表 135 | 問5(1) 薬剤師の訪問により施設が得られた意義・メリット、今後期待する意義・メリット(複数回答)(得られたもの:N=29 | 今後期待するもの:N=19)



一方で、薬剤師の訪問により入所者が得られたと考えられる意義・メリットや今後期待する意義・メリットも調査した。

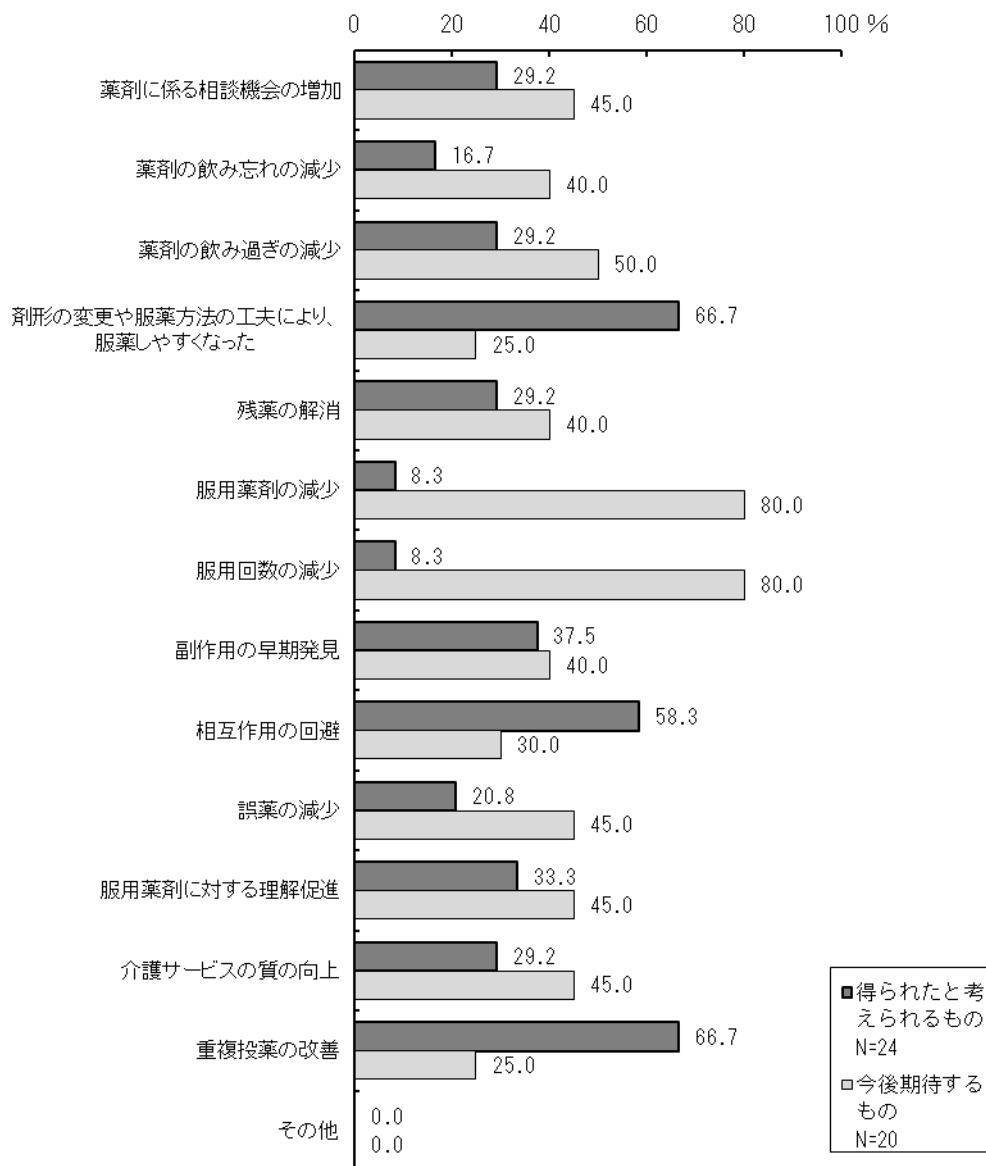
得られたと考えられる意義・メリットとしては、「重複投薬の改善」「剤形の変更や服薬方法の工夫により服用しやすくなった」が7割弱と最も多く、次いで「相互作用の回避」

「副作用の早期発見」が挙げられた。

一方、今後期待する意義・メリットとしては、「服用薬剤の減少」「服用回数の減少」が8割と最も多かった。この2つは処方変更にあたるため医師への照会が必要であると想定される。同じく医師への照会が必要な重複投与の改善や剤形の変更に比べると、医師による医療方針の決定そのものにより踏み込む可能性の高い業務であり、現在得られている意義・メリットとして回答した施設が少ないことから、実施のハードルが高いことがうかがえるが、一方で施設からは薬剤師の専門性を活かし患者の薬物治療における負担の軽減を期待されていると言える。処方医と薬剤師が共に患者の状態を理解し連携して患者の負担軽減に取り組みやすい体制が必要だと思われる。

他には「薬剤に係る相談機会の増加」「薬剤の飲み過ぎの減少」「誤薬の減少」「服用薬剤に対する理解促進」「介護サービスの質の向上」などが半数弱の施設で挙げられた。引き続き薬学的専門知識の共有と薬物治療上の安全性向上を期待されていると言える。

図表 136 | 問5(2) 薬剤師の訪問により入所者が得られたと考えられる意義・メリット、
今後期待する意義・メリット(複数回答)(得られたもの:N=24 | 今後期待するもの:N=20)

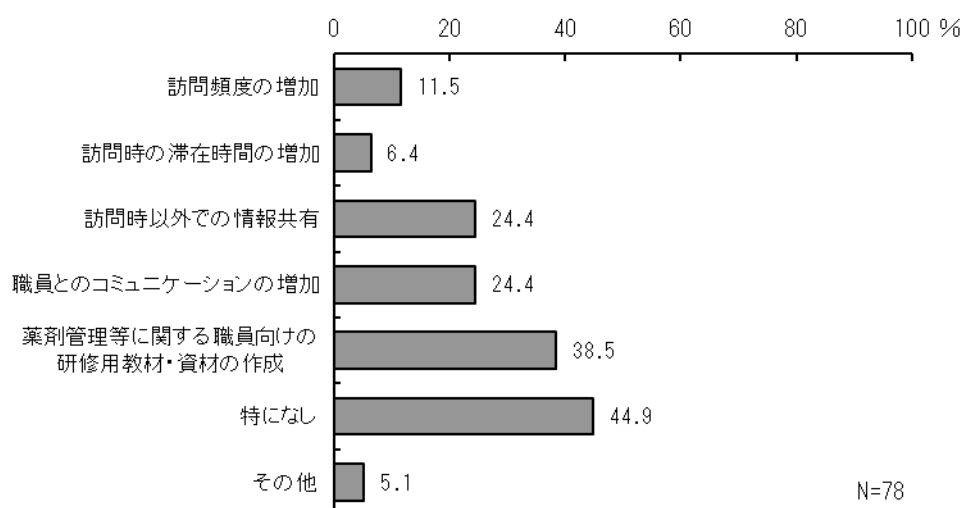


最後に、すべての施設に対して、今後訪問する薬剤師に期待することを調査した。

最も多かったのは「特になし」であり、これは訪問を受け入れていない理由にもあった薬剤師の業務内容やその効果を知らないことに一部起因するのではないかと推察される。薬剤師による訪問業務を周知することにより、改めて生じてくる期待もあると思われ、業務内容やその効果の周知と多職種連携の充実を並行して進行させる必要があると思われる。

次いで「薬剤管理等に関する職員向けの研修用教材・資材の作成」が挙げられ、意義・メリットとして挙げられていた「施設スタッフの薬剤に関する知識向上」を今後もさらに期待されいていることがうかがえる。また「訪問時以外での情報共有」や「職員とのコミュニケーションの増加」といった、多職種連携の充実を期待する声もあり、施設で業務をこなすだけでなく施設職員と連携して患者や施設に合った薬物治療を一緒に考える体制を推進することが望ましいと考えられる。

図表 137 | 問6 今後、訪問する薬剤師に期待すること(複数回答)(N=78)



第3章

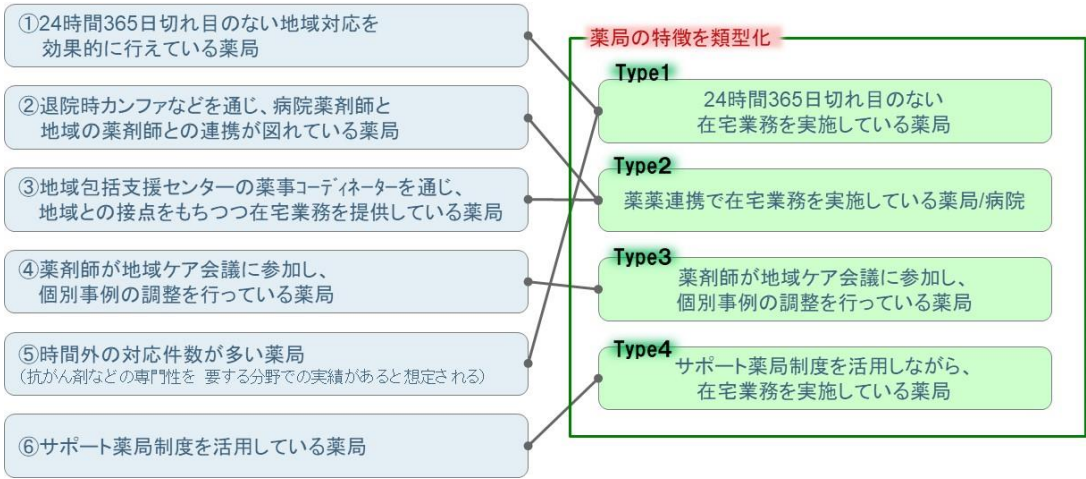
好取組事例へのヒアリング調査

0. ヒアリング調査の概要

0-1 ヒアリング調査の概要

(1) 調査対象

ヒアリング先の選定にあたっては、第2回検討会での議論、及びアンケート結果に基づき、下記の6つの視点それぞれに該当する医療機関・薬局を抽出し、その上で、地域のバランス等を考慮してヒアリング先を選出した。また一部薬局については、委員からのご推薦を頂く形で選定した。最終的に、下図右側の4Typeに類型化し、取組内容や課題等を整理した。







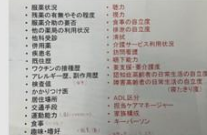
図表 138 ヒアリング対象とした医療機関・薬局の詳細

医療機関・薬局名	Type	薬剤師数 (在宅実施 薬剤師数)	薬業 連携	地域 ケア 会議の 参加	サービス 担当者 会議の 参加	24時間 対応	サポート 薬局 制度の 利用	医療用 麻薬の 取扱い	無菌 調剤室	NRIヒアリング総括
HP 1.三豊総合病院	2	24人 (0人)	●	●	-	-	-	-	-	地域の拠点病院として、地域連携担当薬剤師を置き、地域の薬局や多職種と連携、トレーニングレポートや薬剤管理サマリなど薬業連携の体系を整備。
	2.福山市民病院	2	29人 (0人)	●	-	-	-	-	-	退院前カンファやプレカンファに病院薬剤師が参加し、退院後の処方について積極的に関わる。
Ph 1.御代の台薬局 音羽店	4	1.3人 (1人)	-	-	●	○ グループ 内で対応	●	●	●	グループとして古くから医師と連携して在宅業務に取り組んでおり、グループ内でサポート薬局制度も活用
	2.ファーマシー薬局 春日在宅ケア	2	4人 (4人)	●	●	●	●	●	●	地域の多職種を巻き込みながら在宅業務を実施。服用薬剤一元管理表など、病院との連携の在り方も工夫している。
	3.イイジマ薬局	1	10人 (10人)	●	●	●	●	●	●	24時間体制を構築し、地域のニーズに対応する(ほか、ケアマネに対する認知度向上を図る。薬剤師が観察すべき項目など、業務の質向上も徹底している。
	4.水島薬局 6薬店	1	10人 (5人)	●	●	●	●	●	●	24時間体制を構築し、密な関係構築の上で高齢者の生活環境を把握して薬剤管理を行う。高齢者に対して配食を行って高齢者の見守りも行っている。
	5.あおは薬局本町店	1	1.4人 (1人)	●	●	●	●	●	●	24時間オンコール対応を行い、地域の施設やケアマネ、行政との関係を構築してサービス担当者会議などの地域連携にも関与している。
	6.ヤマザワ調剤薬局 東鹿島店	3	2人 (1人)	●	●	●	●	●	●	地域のケアマネジャーから患者を紹介された際に在宅業務を実施。地域の勉強会やセミナー等に積極的に参加し、多職種との関係の深耕を進めている。

(2) 調査結果概要

在宅業務の実態	実施している在宅業務の内容	<ul style="list-style-type: none"> 服薬の状況や排泄・食欲・睡眠・転倒などの状態を観察し、処方適正かを判断するなど、薬学的管理を行って適正な薬物治療を実現し、薬の配達などさまざまな服薬支援等の業務まで実施している薬局が多い。 患者の生活状態などを見て、服薬のタイミングや薬剤の量、剤形や服用の方法を適正化することが重要である。
	在宅業務で薬剤師に求められる経験や能力	<ul style="list-style-type: none"> 座学のみならず実地での同行訪問などの経験が重要との声が多かった。また、病院勤務経験があった方が望ましいという意見が多かった。 一方、地域や同一法人内で在宅業務についての経験や知識のある薬剤師がおり、地域内で知見の共有ができる場合においては、特段医療機関での勤務経験は不要との声もあった。
多職種・機関との連携	医療機関との連携状況	<ul style="list-style-type: none"> 薬業連携におけるポイントは入退院時における、薬剤に関する引継ぎが適正になされるかどうかにかかっている。 入院時であれば、患者が処方されている薬剤をリスト化し、残日数などを入院時までには揃えることが求められる。 退院時であれば、まずは調剤薬局側の薬剤師が病院薬剤師と情報交換をできる環境を整備しつつ、退院後の患者の薬剤に関する留意点や、入院中の処方薬や服用の仕方などを把握する仕組みが欲しい。
	多職種との連携状況	<ul style="list-style-type: none"> 地域でも掘るが、ケアマネとの関係構築が、地域が多職種と連携していきかかっている事例が多い。 地域ケア会議・サービス担当者会議に呼ばれるかはケアマネの裁量によるところが大きい。薬学的アプローチの重要性を理解してもらえば、呼ばれやすくなるケースが散見された。 認知症であればケアマネ、ヘルパーとの連携、一方癌性疼痛管理では、訪問看護師を中心とした多職種との連携が多い。
課題・支援	理想とする在宅業務	<ul style="list-style-type: none"> 最終的に医師への患者情報の共有と、薬剤の効果等を踏まえた減薬提案を含む薬物治療の最適化が望ましい。 多職種との情報共有の中で、調剤を通じて患者の在宅での暮らしを支え、患者の生活に寄り添っていくことも重要。 患者家族のレスパイトケアにも貢献していくことが重要。看取りも含め、患者家族に寄り添っていく姿も望ましい。 患者の薬管理を時系列で遡って実施。患者の処方後の様子などを医師、訪問看護師に伝達することも求められる。 患者との深い関係性を構築し、自身の観察力を活用しながら、患者の機微な変化に反応しながら多職種に連携したり、役割を変えていくことが望ましい。
	在宅業務を実施する際の課題	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤師の在宅業務の意味や重要性を患者、多職種に理解してもらう必要がある。もっと周知していくべきではないか？ 薬剤師の在宅業務に従事する薬剤師が相談できる窓口の整備や在宅医療に携わっている薬剤師とつながる必要がある。 初回訪問時など、円滑な関係構築を促すことや、薬剤師単独での訪問時の障壁を克服することを目的として、地域包括支援センター職員との連携を強化すべき。 入退院時の連携を支援するには薬局単体では難しい。薬剤師会が病院薬剤師会などと連携してパスを形成すべき。
	行政、薬剤師会等に求めたい支援・要望	<ul style="list-style-type: none"> 薬剤師会として、地域の多職種とのつながりをもつためのイベント(顔の見える会議、シンポジウムなど)を開催し、薬剤師のケイビリティを知ってもらう必要がある。 緊急時訪問など算定できない事象も多い。在宅業務の普及を考えるならもう少し報酬が高くてよいのではないかと、サービス担当者会議に参加することが重要だが物理的に参加できない、TV会議での参加も認めるべき。

Type1 24時間 365日切れ目のない在宅業務を実施している薬局

<h3>①水島薬局6条店 基礎情報</h3> <table border="1"> <tr><td>所在</td><td>北海道岩見沢市</td></tr> <tr><td>開設年</td><td>1980年</td></tr> <tr><td>在宅業務開始時期</td><td>1988年6月</td></tr> <tr><td>薬剤師数</td><td>(常勤) 10人 (非常勤) -</td></tr> <tr><td>在宅業務を担当する薬剤師の数</td><td>(常勤) 5人 (非常勤) -</td></tr> <tr><td>処方箋枚数 (2019年7月)</td><td>3,100枚</td></tr> <tr><td>処方箋集中率</td><td>41.7%</td></tr> </table> <p>病院との連携 (薬業連携) サポート薬局 制度の活用 地域ケア会議への参加 医療用医薬品の取扱い サービス担当者会議参加 無菌調剤室 24時間対応</p> 	所在	北海道岩見沢市	開設年	1980年	在宅業務開始時期	1988年6月	薬剤師数	(常勤) 10人 (非常勤) -	在宅業務を担当する薬剤師の数	(常勤) 5人 (非常勤) -	処方箋枚数 (2019年7月)	3,100枚	処方箋集中率	41.7%	<h3>②あおば薬局本町店 基礎情報</h3> <table border="1"> <tr><td>所在</td><td>北海道札幌市</td></tr> <tr><td>開設年</td><td>2009年</td></tr> <tr><td>在宅業務開始時期</td><td>2016年9月</td></tr> <tr><td>薬剤師数</td><td>(常勤) 1人 (非常勤) 1人</td></tr> <tr><td>在宅業務を担当する薬剤師の数</td><td>(常勤) 1人 (非常勤) 1人</td></tr> <tr><td>処方箋枚数 (2019年7月)</td><td>680枚</td></tr> <tr><td>処方箋集中率</td><td>85.2%</td></tr> </table> <p>病院との連携 (薬業連携) サポート薬局 制度の活用 地域ケア会議への参加 医療用医薬品の取扱い サービス担当者会議参加 無菌調剤室 24時間対応</p> 	所在	北海道札幌市	開設年	2009年	在宅業務開始時期	2016年9月	薬剤師数	(常勤) 1人 (非常勤) 1人	在宅業務を担当する薬剤師の数	(常勤) 1人 (非常勤) 1人	処方箋枚数 (2019年7月)	680枚	処方箋集中率	85.2%	<h3>③イジマ薬局 基礎情報</h3> <table border="1"> <tr><td>所在</td><td>長野県上田市</td></tr> <tr><td>開設年</td><td>1978年</td></tr> <tr><td>在宅業務開始時期</td><td>確認中</td></tr> <tr><td>薬剤師数</td><td>(常勤) 10人</td></tr> <tr><td>在宅業務を担当する薬剤師の数</td><td>(常勤) 10人</td></tr> <tr><td>処方箋枚数 (2019年7月)</td><td>確認中</td></tr> <tr><td>処方箋集中率</td><td>確認中</td></tr> </table> <p>病院との連携 (薬業連携) サポート薬局 制度の活用 地域ケア会議への参加 医療用医薬品の取扱い サービス担当者会議参加 無菌調剤室 24時間対応</p> 	所在	長野県上田市	開設年	1978年	在宅業務開始時期	確認中	薬剤師数	(常勤) 10人	在宅業務を担当する薬剤師の数	(常勤) 10人	処方箋枚数 (2019年7月)	確認中	処方箋集中率	確認中	<h3>取組内容(24時間対応)</h3> <p>24時間</p> <ul style="list-style-type: none"> どの薬局も自薬局のみでオンコール対応を行い、24時間応需可能な体制を構築している。 <p>患者像</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症・精神疾患の患者は薬に関しての不安も多いため、夜間の電話対応が多い。 <p>課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 夜間の対応の中心は薬局経営者やその家族であるため、負担は集中する。 利益度外視にならざるを得ない。 サポート薬局などの制度もあるが、事前に契約を結ぶなどの手間もあり、臨機応変な対応ができないため、利用しづらい。 <p>その他の工夫</p> <ul style="list-style-type: none"> 水島薬局では、配食の顧客管理シートに、ケアマネジャー等の連絡先や、サービスの利用状況等についても記録。適切なタイミングでの介入ができるような情報収集を行っている。 イジマ薬局では、薬剤師が確認・観察すべきポイントについて取りまとめ、徹底している。 <p><水島薬局のお客様情報シート> <イジマ薬局の確認項目シート></p>  
所在	北海道岩見沢市																																												
開設年	1980年																																												
在宅業務開始時期	1988年6月																																												
薬剤師数	(常勤) 10人 (非常勤) -																																												
在宅業務を担当する薬剤師の数	(常勤) 5人 (非常勤) -																																												
処方箋枚数 (2019年7月)	3,100枚																																												
処方箋集中率	41.7%																																												
所在	北海道札幌市																																												
開設年	2009年																																												
在宅業務開始時期	2016年9月																																												
薬剤師数	(常勤) 1人 (非常勤) 1人																																												
在宅業務を担当する薬剤師の数	(常勤) 1人 (非常勤) 1人																																												
処方箋枚数 (2019年7月)	680枚																																												
処方箋集中率	85.2%																																												
所在	長野県上田市																																												
開設年	1978年																																												
在宅業務開始時期	確認中																																												
薬剤師数	(常勤) 10人																																												
在宅業務を担当する薬剤師の数	(常勤) 10人																																												
処方箋枚数 (2019年7月)	確認中																																												
処方箋集中率	確認中																																												

Type2 薬薬連携で在宅業務を実施している薬局/病院

①三豊総合病院 基礎情報

所在	香川県観音寺市
開設年	1951年
病床機能	高度急性期、急性期、回復期
病床数	一般病棟 478床 (内12床が緩和ケア病棟) 感染症病棟 4床
薬剤師数	24人

※地域がん診療病院

②福山市民病院 基礎情報

所在	広島県福山市
開設年	1962年
病床機能	高度急性期、急性期、慢性期
病床数	一般病棟 500床 (内10床が緩和ケア病棟) 感染症病棟 6床
薬剤師数	29人

※地域がん診療連携拠点病院


③ファーマシー薬局 春日在宅ケア 基礎情報

所在	広島県福山市
開設年	1999年8月1日開局
在宅業務開始時期	2010年4月
薬剤師数	(常勤) 4人 (非常勤) 0人
在宅業務を担当する薬剤師の数	(常勤) 4人 (非常勤) 0人
処方箋枚数 (2019年7月)	340枚
処方箋集中率	76%

取組内容(薬薬連携)

- 三豊総合病院では、**地域連携担当薬剤師**を置き、病院が中心となって地域の薬局や多職種と連携している。
- 病院側でトレーニングレポートや薬剤管理サマリーなどの書式を用意して、情報連携に活用している。
- 福山市民病院とファーマシー薬局は、退院前カンファレンスや薬剤一元管理シートや経過記録等を用いた持参薬などの情報の連携を行っている。

<三豊総合病院のトレーニングレポート <ファーマシー薬局の薬剤一元管理シート>と薬剤管理サマリー>



効果

- 吸入支援の際に薬薬連携の有無で効果を比較すると、連携を行っていた群の改善率が上がったといった効果が見られた。
- 入院時の持参薬を整理してくれと、半日ほどかかっていた持参薬の整理の業務負荷が軽減される。

課題

- 在宅業務を行う上では、テッドストックがかさみかちとなるため、物品の統一ができるとう良い。
- 薬剤師の退院前カンファレンス参加に点数がつかないので、参加してもらえないことも多い。


Type3 薬剤師が地域ケア会議に参加し個別事例の調整を行っている薬局

ヤマザワ調剤薬局 東鹿島店 基礎情報

所在	宮城県仙台市
開設年	2004年
在宅業務開始時期	2016年11月
薬剤師数	(常勤) 2人 (非常勤) 1人 (常勤換算) 2人
在宅業務を担当する薬剤師の数	(常勤) 1人 (非常勤) 1人 (常勤換算) 1人
処方箋枚数 (2019年7月)	1,414枚
処方箋集中率	95%

取組内容(地域ケア会議)

- 在宅業務をはじめたきっかけは患者の認知が進み、問題行動が多発したことを受け、地域包括支援センターに連絡し、対応方針を協議する過程で、在宅療養患者を取り巻く薬物治療の課題が見えたことを受け、地域包括支援センターの薬剤師と情報交換をする間柄になった。
- 医師に話している、特に患者の生活サイクルなど80代後半と**処方された薬がどのように服用されているのか、患者の様子なども含め報告**もなれば、時間間隔がなくなっているなど、変化についても報告し、情報の密度で他との差別化を図っている。
- 仙台市薬剤師会では、**認知症ケアパス**を作成しており、患者と他職種への薬剤師のかかわり方について取りまとめるなど地域組織としての活動も見られる。



効果

- 薬学的アプローチに係る知見などがケアマネジャーがわざわざ医師を訪問して相談しているような情報も、薬剤師に訊けば1分で片付くなど、薬剤師の重要性に気づいてもらえきっかけを作ることできる。
- 患者家族の様子も見ている介護職は、**レスパイトケアの重要性も認識**している。一包化や処方提案を通じて、**服薬の負荷を下げることも一つの効果**である。

Type 4 サポート薬局制度を活用しながら在宅業務を実施している薬局

御代の台薬局音羽店基礎情報

所在	東京都文京区
開設年	2014年
在宅業務開始時期	2015年6月
薬剤師数	(常勤) 1人 (非常勤) 2人 (常勤換算) 1.3人
在宅業務を担当する薬剤師の数	(常勤) 1人 (非常勤) ー (常勤換算) ー
処方箋枚数 (2019年7月)	793枚
処方箋集中率	75%

病院との連携
(受診連携)

サポート薬局
制度の利用

地域ケア会議
への参加

医療用医薬品の
取扱い

サービス担当
者会議参加

無菌調剤室

24時間対応



取組内容(サポート薬局)

依頼薬局	<ul style="list-style-type: none"> グループ内の近距離薬局と相互に契約を結んでいる。 これまでグループ外の薬局に依頼をしたことはない。
利用シーン	<ul style="list-style-type: none"> 営業時間外や定休日、どうしても人を出せない時に依頼する。 年末年始やゴールデンウィークの利用も多い。
利用頻度	<ul style="list-style-type: none"> 利用頻度は2年間で1回程度とそこまで多くない。
課題	<ul style="list-style-type: none"> サポート薬局制度の認知度が低い。周囲の医療職にも、緊急が必要な時は他の薬局も行けるような体制を整えているといふことは伝えているが、どの程度理解されているかはわからない。 法人外との連携は難しい。法人外と連携しているようなケースはどのように行っているのかは知りたいとのことであった。

1. 水島薬局 6 条店

■水島薬局 6 条店の基礎情報

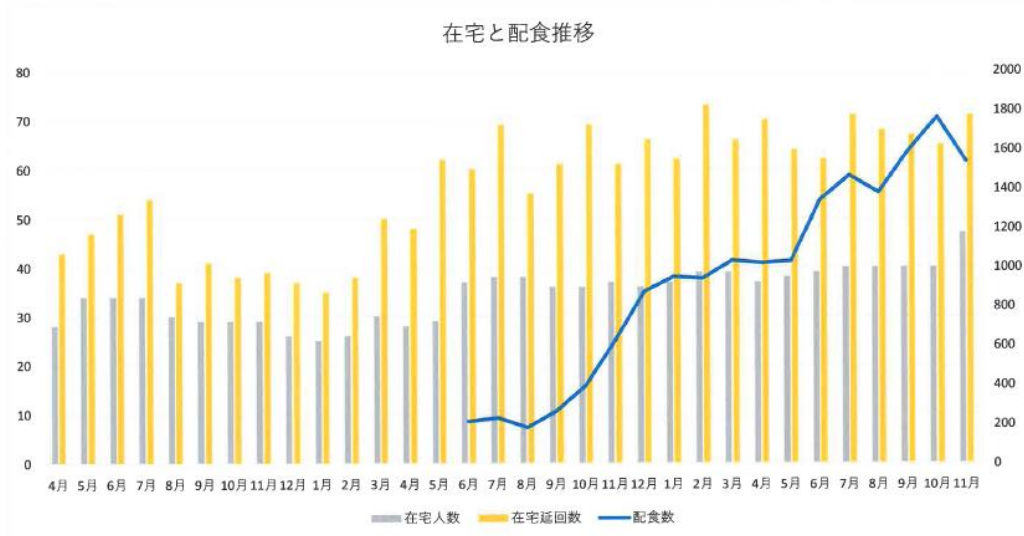
所在	北海道岩見沢市
開設年	1980 年
在宅業務開始時期	1988 年 6 月
薬剤師数	(常勤) 10 人 (非常勤) 0 人 (常勤換算) 10 人
在宅業務を担当する薬剤師の数	(常勤) 5 人 (非常勤) — (常勤換算) 5 人
処方箋枚数(2019 年 7 月)	3,100 枚
処方箋集中率	41.7%

水島薬局は、北海道岩見沢市に 2 店舗を構える薬局で、疼痛緩和のための無菌調剤の処方せんを受け付けるなど、幅広い在宅業務に 24 時間 365 日体制で対応している。6 条店は 10 名の常勤薬剤師が勤務しており、全員が在宅業務を担当している。

また、水島薬局は 2018 年 6 月から、配食事業にも参入している。これまでも岩見沢市内に配食業者は生協 (CO-OP) と民間事業者が存在したが、土日や年末年始が休みであったり、配食の開始中止の連絡は一週間以上前に連絡が必要であったりなど、急な入退院に対応できない状況だった。一方で、山間地域などではコンビニもなく、お弁当をまとめ買いして冷凍したり、同じ食材ばかり食べていたりなど、栄養状態に問題のある高齢者が多かった。そこで、薬局の利益を少しでも地域に還元したいという思いから、ファミリーマート系列の宅配クック 123 とフランチャイズ契約を結び、お弁当の配達を開始した。配食時は原則手渡しとし、安否確認・見守りの役割も果たしている。

配食事業はテレビ等の取材を受けるなど、薬局のブランド力向上にはつながっている。

図表 139 在宅と配食の件数



図表 140 見守り記録

[Redacted] 様

日	年	月	初日	曜日	連絡事項	配食費
11/21				木	配食できました・配食指導しました (原) 体調が良く、帰郷してはいないとの事。 (夕) 午前中よれお散歩をしたとの事。 (原) 手洗いは念のため、うがいも行う。	
11/22				金	配食できました・配食指導しました (原) 体調が良く、帰郷してはいないとの事。 (夕) 午前中よれお散歩をしたとの事。	
11/24				日	配食できました・配食指導しました (原) 体調が良く、帰郷してはいないとの事。 (夕) 午前中よれお散歩をしたとの事。	
11/25				月	配食できました・配食指導しました (原) 体調が良く、帰郷してはいないとの事。 (夕) 午前中よれお散歩をしたとの事。	
11/26				火	配食できました・配食指導しました (原) 体調が良く、帰郷してはいないとの事。 (夕) 午前中よれお散歩をしたとの事。	
11/27				水	配食できました・配食指導しました (原) 体調が良く、帰郷してはいないとの事。 (夕) 午前中よれお散歩をしたとの事。	
11/28				木	配食できました・配食指導しました (原) 体調が良く、帰郷してはいないとの事。 (夕) 午前中よれお散歩をしたとの事。	
11/29				金	配食できました・配食指導しました (原) 体調が良く、帰郷してはいないとの事。 (夕) 午前中よれお散歩をしたとの事。	
11/30				土	配食できました・配食指導しました (原) 体調が良く、帰郷してはいないとの事。 (夕) 午前中よれお散歩をしたとの事。	
12/1				日	配食できました・配食指導しました (原) 体調が良く、帰郷してはいないとの事。 (夕) 午前中よれお散歩をしたとの事。	
12/2				月	配食できました・配食指導しました (原) 体調が良く、帰郷してはいないとの事。 (夕) 午前中よれお散歩をしたとの事。	
12/3				火	配食できました・配食指導しました (原) 体調が良く、帰郷してはいないとの事。 (夕) 午前中よれお散歩をしたとの事。	
12/4				水	配食できました・配食指導しました (原) 体調が良く、帰郷してはいないとの事。 (夕) 午前中よれお散歩をしたとの事。	
12/5				木	配食できました・配食指導しました (原) 体調が良く、帰郷してはいないとの事。 (夕) 午前中よれお散歩をしたとの事。	
					配食できました・配食指導しました	
					配食できました・配食指導しました	
					配食できました・配食指導しました	
					配食できました・配食指導しました	
					配食できました・配食指導しました	

■在宅業務を始めたきっかけ

水島薬局は介護保険制度が開始した 2000 年以前の 1988 年より在宅業務を行なっている。市内に新規開業する家庭医に依頼されたのがきっかけである。当初は制度や仕組みも分からず、会計検査院から電話が来て介護保険での請求漏れを指摘されることもあった。現在は、医師から依頼されるケースもあるが、それ以外にも、薬局を訪れた際の様子を見て訪問の必要性を薬局側から提案することもある。

■在宅業務の利用者像

北海道南空知医療圏（2,562.25 km²）で無菌調剤ができるのは水島薬局のみなので、疼痛緩和ケアが必要な患者を担当することが多い。薬局利用者や訪問している利用者に配食を積極的に勧めることはしないが、配食を行っている方が次第に在宅業務を必要とするようになった場合などは並行して進めることもある。

■在宅業務の実施内容

まずは、適切に薬を飲んでいるかどうかを 1 ヶ月ほど観察し、状態を確認する。服薬カレンダーを作るなどしても飲んでいないなら処方されている薬の服用回数を変更してもらうなどの対応をとる。一口にアドヒアランスが低いといっても、間違っ飲んで飲んでいるのか、昼だけ欠損しているのかなど状態を詳細に把握してから個別に対応を検討する。粉碎したから飲みやすいとは限らず、形が変われば飲めることもある。飲むタイミングや剤形変更など、その人にとって最もよい方法を見極めることが重要である。

残薬の確認も重要な業務の 1 つである。家族のものなのか誰のものなのかわからなくなったり色が変わっていたりするような薬を飲ませることには賛成できず、このような場合は廃棄の選択をする方針である。

岩見沢市内の公的医療機関は岩見沢市立総合病院と北海道中央労災病院の 2 か所があり、岩見沢市立総合病院については院内処方のため、報酬はつかないが、その薬を整理したり、ご家族に様子を知らせたりなどしている。

そのほか、薬の置き場所の管理やゴミ、冷蔵庫の中身の管理なども合わせて行う。認知症の高齢者の場合、冷蔵庫に残飯があると食べてしまうので持って帰るようにしている。医療機関への受診同行もしている。

■在宅業務を行う上での工夫・制度の活用状況（サポート薬局制度の活用）

業務過多により運転が疎かになるリスクを鑑み、負担を軽減できるように在宅業務専門の運転手を雇っている。移動中に薬剤師は電話連絡や医師に報告するなど効率よく業務を行うことが出来る。

また、担当薬剤師を割り振る際にも、職員の通勤経路などを考えている。特に緩和ケアの場合は頻りに訪問することが想定されるので、通勤経路や患者側の希望を優先して決め

ている。

在宅業務を行う上で、利用者との関係性の構築が重要であり、毎日行って顔見知りになり、心を開いてもらう。薬に関することに限らず、冬の布団を下ろしてほしいなどの困っていることを手助けしている。そうした動きが地域内でも知られるようになり、サービス担当者会議などにも呼ばれるようになった。

取材は積極的に受けるようにしており、ブランド力の強化につながっている。

■多職種連携

4つの地域包括支援センターの管轄エリアでは、介護保険の要介護認定を受けていない方も多し。月に1回は地域包括支援センターを回るようにしており、薬の配達や配食等で気づくことがあれば、様子を知らせたり介入を依頼したりなどの連携をしている。要支援1の夫婦でも急に洗濯機の使い方が分からなくなるなどのケースはケアマネジャーに連携し、緻密に連絡を取っている。いつでも連絡が取れるよう、顧客情報シートには必ず連絡を取れるケアマネジャーや家族又は親しい友人・知人を書いてもらっている。

図表 141 配食で利用するお客様情報シート

(株)水島薬局宅配クック123 岩見沢店 お客様情報シート	
■ご紹介者様の基本情報 水島番号 <input type="text"/> 記入日：令和 年 月 日	
事業所名	<input type="text"/>
担当者	<input type="text"/>
電話番号	FAX番号 <input type="text"/>
■ご利用者様の基本情報 水島薬局の患者さんです はい・いいえ	
フリガナ	性別 <input type="text"/>
お名前	様 生年月日 <input type="text"/>
電話番号	携帯電話 <input type="text"/>
郵便番号	〒 <input type="text"/> 病院 <input type="text"/>
住所	<input type="text"/>
配達開始日	締日 <input type="text"/>
支払方法	<input type="checkbox"/> 口座振替用紙
口座振替状況	お客様から届いた(年 月 日) ワイドネットに郵送(年 月 日) 月末日の/ 月 日より口座振替予定
不在時対応	<input type="text"/>
■請求先情報 (本人様と違う場合のみご記入ください)	
フリガナ	<input type="text"/>
お名前	<input type="text"/>
郵便番号	〒 <input type="text"/> 電話番号 <input type="text"/>
住所	<input type="text"/>
■緊急連絡先 (ケアマネジャー、娘さん、息子さん等を二名ご記入ください)	
フリガナ	<input type="text"/>
連絡先お名前	<input type="text"/>
続柄/ケアマネ等	<input type="text"/>
電話番号	<input type="text"/>
■配達基本設定	
配達指定	<input type="text"/>
基本配達曜日	<input type="text"/>
習の有無	習あり <input type="checkbox"/>
内容	普通食 <input type="checkbox"/> ごはん有・ごはん無 <input type="checkbox"/> 特別食 <input type="checkbox"/>
ご飯量	お粥対応： <input type="checkbox"/> 対応あり・ <input type="checkbox"/> 対応無
刻み対応	<input type="text"/>
アレルギー食材等	<input type="text"/>
現在服用薬等	<input type="text"/>
※特記事項	配達時の注意事項/お客様との約束事項等 <input type="text"/>
デイスサービス情報	場所 <input type="text"/> 曜日 <input type="text"/> 帰宅予定時間 <input type="text"/>
FAX送付先	(株)水島薬局宅配クック123岩見沢店 0126-23-9663
<small>以下の内容に関してはお問い合わせは(株)水島薬局宅配クック123岩見沢店【電話】0126-25-0980まで お気軽にお問い合わせください。お客様の個人情報や当店の配食事業に利用させていただきます。 ご提供いただいた個人情報を目的の範囲を超えて利用することはありません。</small>	

最近ではケアマネジャーが、薬剤師が訪問薬剤管理を行う在宅業務の必要性を認めず、ケアプランに組み込まないケースも多いため、ケアマネジャーに薬剤師の関与の必要性について理解してもらうことは非常に重要であると考えている。

また、ケアマネジャー以外にも、利用しているデイサービスの場所・曜日や時間は把握すべきだと考えており、曜日によってはデイサービスに届けるなどして、顔見知りの関係を構築することが重要である。訪問介護が入っている利用者であれば、ヘルパーがいる時間に行って、ヘルパーと顔を繋ぐとともに、どんな食事を作っているか、など薬に関係する情報を把握することが重要である。サービス担当者会議の時にも、必ずどこかの時間で誰かの眼があるようにスケジュールを組むよう要請する。他の利用しているサービスの隙間を薬剤師が埋めるなどができれば、誰かが常に利用者を見守ることができる。

在宅での薬剤管理等は、現在は訪問看護師が行っていることが多いため、薬剤師が薬剤管理などの在宅業務を新たに行う際には、訪問看護師と事前の調整（役割分担や患者に提供するケア内容の再編）を行う必要があると考えている。

また、情報連携は密に行うことが重要であると考えているため、薬が変わったなどの情報は訪問薬剤師やデイサービスにも連絡するようにしている。

■在宅業務を実施する上で求められる薬剤師の経験や能力

在宅業務を行う上での研修としては、最初は医師往診時に同行訪問を行うようにしている。また、公的な研修にも行く機会を設けている。それ以外にも、毎月第2第3木曜は症

例報告や患者情報の共有などを行い、様々な案件について知る場を作っている。

また、利用者の状態や必要なケアによっても、求められる能力や薬剤師像は異なる。点滴やデータを使う必要があるケースなどは若い人の方が新しい知識を持っているため適しているが、家族の心のケアではベテランの薬剤師が求められる。そのほか、貼り薬や坐薬などはベテランの方が好まれる。特に若い女性には来て欲しくないと感じる利用者も多いため、ケースに応じて適切な担当者を選任することは重要である。

薬剤師の経験としては、病院での勤務経験をはじめ、メーカーや卸など、様々な業態の仕組みを理解した上で薬局に来ることが理想的である。一方で、奨学金の問題から、給料の高い薬局やドラッグストアが好まれるのも仕方ないだろう。病院勤務の薬剤師の給料では、奨学金を返済するのは非常に苦しい。特に薬学部が6年制になったことから、余計に負担は増えているだろう。金銭的な負担だけでなく、病院の当直は若い薬剤師にばかり回ってくるなど、肉体的な負担も大きいのが敬遠される所以であろう。

■在宅業務普及の上での課題

市や道からの依頼で、在宅医療関係の専門部会で何回かシンポジウムに参加しようとするが、在宅医療に進もうというのは開業医が多く、なかなか地域全体には浸透しない。在宅専門の先生は1人しかいない。その先生が絡むのは緩和ケアくらいで、訪問診療の増加にはつながらない。診療所の医師にも会いに行き、訪問指示書を書いてもらっている。歯科の在宅業務は進んでいない。洗浄だけでも来て欲しいというニーズはあるので、もっと進むとよい。

■在宅業務の推進に向けて国や薬剤師会に期待する役割

サービス担当者会議に薬剤師が参加しないのは在宅業務を推進する上で課題となるため、参加促進のためにもサービス担当者会議への参加に対して点数がつくとよい。サービス担当者会議でケアに関わる担当者がすべて顔を合わせることで、在宅医療の質を高めるためにも重要である。また、地域のITリテラシーが一定のレベルにあれば、オンラインでの会議参加も認められると便利であろう。ただし、ケアに関わる参加者との関係性を作るためにも、初回については対面が良いであろう。

薬薬連携も、退院前カンファレンスの算定は相手のある話なのでなかなか算定が難しい。しかしながら、退院前カンファレンスは薬の処方量やポンプの使い方など、在宅環境を踏まえた処方の相談ができ、非常に有用であるため、もっと薬局薬剤師の参加が推進されるような仕組みになるとよい。

2. あおば調剤薬局本町店

■あおば調剤薬局本町店の基礎情報

所在	北海道札幌市
開設年	2009年
在宅業務開始時期	2016年
薬剤師数	(常勤) 1人 (非常勤) 1人 (常勤換算) 1.3人
在宅業務を担当する薬剤師の数	(常勤) 1人 (非常勤) 1人 (常勤換算) 1.3人
処方箋枚数(2019年12月)	764枚
処方箋集中率	87.5%

あおば薬局本町店（以降、あおば薬局と呼称）の在宅支援薬局の概要について述べる。あおば薬局は、薬剤師2名で運営がなされ、その2名とも在宅薬剤師として活動している。在宅を利用している患者数は、2019年12月現在5名である。在宅業務を始めたのは2016年頃からであり、24時間対応をしている。

なお、株式会社あおば調剤薬局は総合メディカル株式会社のグループ会社であり、全国720店舗程展開している。北海道内に13店舗出店しており、そのうち在宅の実績があるのは半分程度となっている。

■在宅業務を始めたきっかけ

あおば薬局では、もともと処方をしていた患者に対して在宅まで担当するようになったという流れではなく、新規の患者を懇意にしているケアマネジャーから紹介され受け持つようになり在宅業務を開始した。

当薬局の薬剤師は、薬局に通われていた患者が施設に入所した後も、継続的にお薬を処方することになったため、施設に通うこととなり、施設側のケアマネジャーと知り合った。施設に通う中でケアマネジャーからの医薬品に対する質疑に答えていく過程で信頼関係を構築し、ケアマネジャーが施設から移った後も、薬学的な管理が必要となる在宅患者を紹介されるようになっていったという。

■在宅業務の利用者像

在宅業務を利用する患者の主な疾患としては認知症患者がその多くを占めている。患者が自身で服薬管理できなくなっている依頼が多く、他の事例で見られるようながん患者につ

いては現在取り扱っていなかった。

患者の紹介経路としては、小規模のクリニックから大病院に至るまで、ケアマネジャーからの紹介が大半であると担当者は述べていた。

■在宅業務の実施内容

患者宅を訪問する際は服薬・残薬数の確認、副作用が出ていないか体調の確認、併用薬のチェック、食事・排泄・睡眠の確認などを行っている。また、あおば薬局は24時間オンコール対応体制も取っている。夜中の緊急対応というよりは、休日に電話がある、という形の対応が多い。対応内容も電話で済むものが多く、電話後患者宅までお伺いするというケースは稀である、と担当者は述べていた。最近の例で言えば、20時頃に「腰痛が悪化したので、近所で救急対応してもらえるような医療機関はないか」と訊ねられ電話で対応をした、ということがあったとのことである。受け持っている患者の中に緊急性の高い患者がいないということもあり、電話だけで解決するような内容の電話が月平均2回ほどの受電があると担当者は述べていた。

■在宅業務を行う上での工夫・制度の活用状況（サポート薬局制度の活用）

あおば薬局ではサポート薬局制度は利用していないとのことである。あおば薬局は札幌市内周辺に10店舗、日高町に2店舗、帯広付近に1店舗、同一法人の薬局が存在しているものの、そのいずれともサポート薬局制度は利用していなかった。

利用していない理由としては、サポート薬局としての契約締結時の煩雑さや、報酬の比率等の折り合いをつけることの難しさが挙げられた。同一法人内でも調整が難しいという現状では、なかなか法人外の薬局とのサポート薬局制度の利用は敷居が高いとのことである。

サポート薬局の活用を望むシーンとしては、無菌調剤室など自店舗にない設備を利用する目的で法人外の薬局とサポート薬局制度を利用する可能性はあるかもしれない、という意見が挙げられた。

■在宅業務に係る多職種連携

あおば薬局の場合、患者をケアマネジャー経由で紹介されることが多いとのことであった。薬局管理者の視点から見ると、担当薬剤師が地域医療に関与できるようになった理由を薬剤師としての知識と積極性がケアマネジャーから買われているのではないかと見ていた。

調剤に対応していた患者が入所したことでケアマネジャーと出会う契機となった施設においても、担当者は患者との関係が悪化したケアマネジャーの代わりにカレンダーセットを積極的にまとめ分かりやすくしたり、服薬回数を減らすような処方提案をしたりすることで、患者からもケアマネジャーからも信頼を得ていったという。結果として、今ではケアマネジャーからは患者を紹介されたり、患者の家庭内での様子など情報を受け取ったりするようになっている。

また、あおば薬局で在宅業務を担当している薬剤師は、地域ケア会議にも参加している。サービス担当者会議は新規で受け持つことが決まった際は必ず参加しており、ケアマネジャーから事前に連絡が来るとのことである。多職種が参加する勉強会にも参加しており、名前と顔を覚えてもらう下地を積極的に築いているようであった。

一方で、多職種連携という観点では未だ課題も残されている。他の職種とのやりとりは基本的に電話や報告書の郵送で行っているため、コミュニケーション面で不便さを感じる場面もあるとのことである。テレビ会議システムなど、もっと多職種連携がしやすくなるようなコミュニケーションツールの必要性にも言及があった。

今後は、積極的に他の職種の業務も薬剤師としてカバーできる範囲があれば積極的に巻き取っていくことで、他の職種からの信頼を勝ち取っていくことができるのではないかと担当者は考えていた。

■在宅業務の普及促進に向けた課題

担当者個人の課題意識として、介護関連の知識が不足しており、それを早急にカバーしたいという意見があった。また、あおば薬局では薬局薬剤師 2 名が在宅業務も担当しているため、やはり日々の負担が大きく、地域のことを鑑みれば外来も個人在宅も両立できるようなキャパシティのある大型薬局にも積極的に在宅業務を担当してもらいたいとのことであった。

このほかにも、在宅業務を担うために必要となる介護関連の知識をインプットする研修の場の整備が求められる。将来的には、アドバンス・ケア・プランニングまで踏み込んだ支援を提供できるようにしていくことも重要とのことであった。

■在宅業務の推進に向けて国や薬剤師会に期待する役割

○調剤報酬上におけるサービス担当者会議の評価。

○調剤報酬上、緊急で追加処方の場合は在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料や薬剤服用歴管理指導料で評価されているが、処方箋なしの減薬や用法変更の緊急対応は報酬がつかない点。

○多職種連携の場の機会を増設すること。

○多職種連携の場の周知が不十分であり、限られた薬局の参加にとどまっている。広く周知をお願いしたい。また多職種連携の場が「地域ケア会議」なのか「地域個別ケア会議」なのかという詳細分類も記載もあると分かりやすい。

○多職種連携の場が特定の曜日・特定の場所での開催となっている場合が多く、薬局店舗の開局時間との兼ね合いで参加が難しいこともある。同じ内容を複数回実施することや特定の曜日・場所にならないように分散させることで参加薬局の増加・参加回数の増加に繋がると思う。

○病院薬剤師との連携が希薄であるため、病院薬剤師会とのさらなる連携を期待している。

3. イイジマ薬局

■イイジマ薬局の基礎情報

イイジマ薬局の在宅支援薬局の概要について述べる。イイジマ薬局は、薬剤師 10 名で運営がなされている。処方を受け付けている患者数は多く街中にある調剤薬局の中では比較的規模の大きな薬局である。

体制面では、日中の外来業務がまわるように、薬剤師 10 人でのシフト運営がなされている。営業時間は、午前 7 時 30 分から午後 9 時までであるため、営業時間内であれば在宅業務はシフトの中でカバーできる。しかし、患者によって在宅のタイミングは異なっており、処方箋が発行される午前 9 時～午後 7 時までの間は 1 人出て行っても薬局が支障のない体制が為されているが、それ以外の時間帯では薬局の経営者 2 人で、必要に応じて在宅業務を実施している。

■在宅業務を利用する患者像

上田地域では、移動手段がない交通弱者に分類される患者が多い。たとえば、免許返納や安全面や健康面の都合で車を運転したくない患者が該当する。また、足腰の衰えによって公共機関や自転車も足腰が悪くなって乗れなくなる方が多い。特に、高齢世帯（老老介護）か独居高齢者の場合は、家族の支援も得られないため簡単には薬局に来られなくなっていくので、在宅業務が必要になりやすい。末期の癌患者でも、比較的、内服や外来の点滴治療を実施していることが多い。

■在宅業務の実施内容

在宅業務の中身としては、薬物治療の適正化に尽きる。医薬品を患者の自宅に運んで、カトラリーなどにセットし残薬を整理するくらいでは、薬剤師の在宅業務として保険点数を算定できる範囲とは言いづらい。在宅療養を営む患者のあらゆる情報を収集して、処方内容の適正さを判断することが重要であり、残薬を整理するくらいでは不十分である。医師からの薬剤の処方指示もあるが、患者の性格状況を見て処方のアレンジメントをすることが求められる薬剤師の在宅業務と言える。トレーシングレポートの作成のほかにも、薬剤師の在宅業務の目的ではないにせよ、転倒させないために薬量を減らしたり、安定剤、睡眠剤などを飲みやすくしてあげたりすること等も、患者の在宅業務を支える上で重視している。

なお、患者の状態によっても薬剤師の在宅業務への関わり方は変わってくる。たとえば、クリニックの医師からも要請はなく、すべての在宅療養に薬剤師が絡む必要があるわけでもない。在宅患者の種類にもよるが、重い患者さんであればすぐにケアマネジャーか医師に連絡が行くので負担感は大きくない。ただし、末期がんや看取りともなると、一般的な訪問回数は、週 2.3 回ということもある。そのため、現状の上限 5 回/月という現行制度の算定要件では、そもそも実施できる業務が、実際に必要となる在宅業務と大きく乖離してしまう。

一方、認知症、精神疾患の患者の場合は、薬局側に電話対応が中心になる。ケアマネジャーやヘルパーが答えられる範囲であれば各職種で対応可能だが、薬や血圧など専門的な内容になると薬局に電話してくることが多い。このような患者に対する在宅業務は、服薬コンプライアンスの管理の意味合いが強い。薬を患者の手元から引き揚げて、1週間に1回は訪問して服薬支援・管理を実践している。

服薬コンプライアンスを向上させて行くという観点では、服薬タイミングを減らす、次に錠数を減らして行く、排泄睡眠食欲や転倒などの状況を見て薬学的に処方変更をしてあげる。年齢にもよるが、見るべきところを見てあげられるようにしなければいけなくなってくる。薬剤レビューができる薬剤師かどうか、患者に合った処方を提案できるか、は重要である。医師は服薬できていると思い処方し続けるが、ふたを開ければ患者は服薬もできていないし、関連する調整もできてない、といった観察される事実を正確に把握することが求められる。たとえば、イイジマ薬局では、看護師や訪問看護師が出入りしていることを把握して、看護師の訪問時に薬を投与してもらえるように服薬タイミングなどの処方内容を変更するよう依頼したり、管理栄養士を入れて食事内容の変更を促したりするなどしたケースもあった。

このほか患者との関係構築や情報収集という観点では、かかりつけの患者が年齢を重ねて弱っていったとしても、在宅で過ごしていた時からの変遷を見守ってきた場合は、過去の情報の厚みもあり、患者との信頼感が醸成されているので在宅業務を実施しやすい。薬剤師が在宅業務を実施する場合、病院から退院時に紹介される患者も多いが、ここからコミュニケーションがはじまると、訪問して適切な在宅業務を軌道に乗せるまでには、やはり時間がかかってしまう。そのため、お互いにスムーズにやるには、かかりつけ薬剤師として最後まで見られる状態を構築していくための患者との信頼関係の構築が重要である。詳細は後述する。

■在宅業務に係る多職種連携

上田地域では、他の職種との連携は必要だと感じるものの上手く機能していない。他の職種との接点を持つ際に重要な位置づけを担うサービス担当者会議は、ケアマネジャーが参加職種を決定するので、仕組みとして薬剤師が必ず参加するように決まっているものではない。かつて、上田市薬剤師会がケアマネジャーを集めて、サービス担当者会議に薬剤師を招いてほしいとお願いしたことがあった。しかし、人手が十分ではない薬局も多くあるため、招待されてもサービス担当者会議に参加できず、そのままきっかけを無駄にしまったこともあった。薬剤師の中でも在宅業務への取り組みに対する温度差は大きい。

患者の介護保険サービスの利用状況に係る情報も極めて重要である。職種ごとの介入状況や、患者の生活の様子を見てあげることも大事である。服用タイミングに食後と書いてあ

る場合、患者は朝ごはんを食べていないから飲まないという選択をすることもある。こうした場合は、食事の影響を受けない処方に変更を依頼したり、昼食後だけのお薬に変更を依頼したりするなど、服用するタイミングを調整してアドヒアランスの向上を目指す施策はいくらでも存在する。薬局薬剤師であっても、在宅業務の重要性を理解していない薬剤師も多い。病院側との連携だけではなく、ケアマネジャーと話し合う場を設けることが、長い目で見て薬剤師の在宅業務の普及促進において重要になるだろう。

■在宅業務に係る薬薬連携

上田市には入退院時の調整ルールが存在している。入退院のタイミングを知らないケースも多かったが、ケアマネジャーが関わる職種すべてに情報を連携するように運用されている。現状は、FAXを用いた紙面交付による情報共有が為されている。

なお令和元年度からは、モデル的に外来がん患者の Doctor Joy を用いて、医療センターの薬剤部と情報交換をしている。情報のやり取りなどの連携そのものはタイムリーにできるが、薬剤師会全体に広がるとなると病院の薬剤部側がさばききれなくなりパンクすることを懸念している。地域的には、上州メディカルネットという地域医療連携システムもあるので、患者同意があれば情報を閲覧できるようにはなっている。しかし、環境は整っていないものの、情報の活用の仕方がわかっていなかったり、そもそも多忙で必要な情報を閲覧できていなかったりすることも多い。

なお外来の場合、患者がそもそも病院側から薬の説明を受けていなかったり、外来患者の疾病を薬局側で把握できていなかったりすることも多い。例えば患者ががんであることさえわからない処方もあったりする。疾病名がわからないことが原因で薬の組み合わせ次第では突然血圧が不安定になってしまったり、がんだということを把握できていなかったがために禁忌に触れてしまったりといったことも起こりかねない。実務上は、処方箋にある程度の疾病名が載ってないと、薬剤師が在宅業務を実施することはかなり難しくなってしまう。しかし現行運用されている処方箋には、疾病名は載っていない。そうすると、ケアマネジャーとの関係構築ができているかが、質の高い在宅業務を提供する際には必要不可欠となる。

■在宅業務を行う上での工夫・制度の活用状況（サポート薬局制度の活用）

イイジマ薬局の担当者は、薬剤師の在宅業務は業務を提供する人材の質ですべてが決まると述べていた。マニュアルのように習得できる技術的な部分だけでなく、在宅業務がなぜ必要なのか、という想いの部分をイイジマ薬局では口頭で説明している。また、薬局としても、在宅を訪問した際に確認、観察すべき観点を取りまとめている。

そのための具体的な施策として、窓口での会話で患者情報を多く収集していくことが、その後の在宅業務を進めていく上で価値が高いとも述べていた。たとえば、女性の場合は美容面を大事にしている方も多い。患者の QOL 維持・向上をフォローすると、社交性の向上を通

じ認知機能の維持につながることもある。薬のプロフェッショナルでありつつ、得られた患者情報をもとに、薬のお届け、患者との世間話や食事などを通じて、患者とコミュニケーションをとっている。そこから、本当に患者にあった薬の処方も見えてくる。在宅業務は、時系列で進めて行かなければならず、点ではなく線で在宅業務に携わって行くべきで、かかりつけ薬剤師として患者と関わっていくことが重要とのことであった。

■在宅業務を実施する上で求められる薬剤師の経験や能力

薬剤師の在宅業務では、患者の生活状況など諸々を理解した上で、薬剤レビューをきちんとし、思いやり、気遣い、気づきに基づいた薬学的管理の最適化を実施することが重要である。極端な話、専門性と気づき力の2つを兼ね備えていることが重要で、在宅業務に特化した能力というものは存在しないと思う。しかし、薬局薬剤師の大半が、求められている薬剤師の在宅業務を実践できているかといわれれば、そのようには思わない。患者情報や、患者の思い、過去の職歴などを含めた全ての情報を踏まえて、薬学的アプローチを実践できる薬剤師が必要である。また、薬剤師という専門職であるので、医師への処方提案までできなければ、薬剤師としては意味がない。医療機関での経験はあるに越したことはないが、独学でも対応は可能と考えている。

なお、病院経験があると、他の職種への理解が深く、医師との距離感やアプローチの仕方を理解している可能性が高いという利点について、言及があった。実際に現場に出た際に、それぞれの職種が何を考えているのか、どういった手順で根まわしを進めればいいのか、といった現場力は身につけているだろう。特に、医師が診察して処方するまでの間に、どのようなプロセスを経ているのかや、どのような意図をもって処方したのかといった考え方を理解しやすい可能性が高いというメリットはあるとのことである。

また、在宅業務を実施する上で必要な前提知識として、他の職種の職能や、介護保険制度全体を把握していなければいけない。各職種が職能としてできることを把握し、患者に提供できるサービス内容を理解しておくことも重要である。各専門性の枠の中でできることとできないことを上手く取り込んでいく重要性についても言及があった。

■在宅業務普及の上での課題

薬剤師の在宅業務を進める上での一番の課題としては、薬剤師側の能力不足や、体制が整っていないことが挙げられる。また、ケアマネジャーによる薬剤師の在宅業務の理解不足や、ケアマネジャーと薬剤師の関係の敷居の高さもさることながら、そもそも薬剤師を介護保険の枠組みの中でサービス担当者会議に呼べることさえも知らないケアマネジャーもおり、制度周知の不足も課題である。

患者側が来ないで欲しいということはなく、患者やその家族にとっては薬剤師が入ることによって薬については安心感を得られるという点で、薬剤師が訪問する意義は大きい。また、制度的には、在宅業務の報酬はもっと高くてもいいように思う。適切な薬剤レビューを実施し

た際にも算定できるように、制度を変えていくべきだろう。精神疾患の患者や認知症の患者など、頻回に訪問しなくてはならないケースもあるので、相応の対応ができるような制度が設定されると好ましい。あるいは、算定されなくてもいいから、患者が在宅医療に移行する際は、薬剤師を呼ぶようにしてもらうなどして、関係を構築していくことも出口のひとつかもしれない。

また、薬剤師の在宅業務を推進しようとするのであれば、緊急時に別の薬剤師や職種に支援をお願いできるセーフティネット的な仕組みの構築が必要である。現状の医師・看護師・薬剤師の3師やケアマネジャーだけでは無理があると考えている。たとえば、完全に寝たきりになった患者への在宅業務はそこまで難しくはない。しかし、患者はすべて寝たきりではなく、寝たきりではないものの在宅療養をしている患者ともなれば、状況は多様である。患者側の要望や状態に応じた医療提供が必要となる。そのため、緊急時や患者要望に応えようとするとひとりの薬剤師や1か所の薬局だけで対応することは難しい。地域における組織的な取組という観点では、地域の病院薬剤師と薬局薬剤師の関係は良好であることも踏まえ、組織を跨いだ在宅業務を連携する仕組みが求められるが、上田地域にはそういった仕組みは存在しない。イイジマ薬局の担当者は、在宅業務は現行制度の中で普及促進していくには無理があり、また在宅医療を実践するにしても患者家族の負担が重すぎる現状を指摘していた。たとえば、認知症の患者では認知機能が低下したとしても要介護度は上がらない仕組みとなっており、入院もできないとなると、医療・介護の介入がなければ在宅療養も立ち行かなくなる。在宅医療を進めていくにも、医療従事者に加えて患者家族にも患者を支えていくための準備や努力が必要となるため、いくら3師やケアマネジャーの機能を強化しようとも、患者の状態によっては支えきれないケースが存在している。

4. 三豊総合病院

■三豊総合病院の基礎情報

所在	香川県観音寺市
開設年	1951年
病床機能	高度急性期、急性期、回復期
病床数	一般病棟 478床 感染症病棟 4床
薬剤師の数	24人

三豊総合病院は、香川県西部に位置する観音寺市、三豊市を設立母体とした企業団で、地域医療支援病院、地域がん診療病院、災害拠点病院など、三豊医療圏における基幹病院としての役割を果たしている。

■在宅業務を始めたきっかけ

当初の課題意識としては、在宅に移行する際の薬剤師間の連携が弱いとの考えがあり、連携強化に向けた取組の必要性を感じていた。また、院内外の他の職種からも、薬に関して相談できる窓口が無くて困っているとの声があったため、地域連携の拡充を目的として、平成29年度から「地域連携担当薬剤師」を配置した。名前を付けて担当の薬剤師を配置し、見える化することで、声がかかりやすくなるのを狙った。

以前は入院患者のみだったが、徐々にケアマネジャーや行政から声がかかるようになり、入院患者以外についても関与を求められる機会は増えた。地域ケア会議にも参加するようになっている。地域の拠点病院の薬剤師ということで自分の担当患者の範囲を超えて関わるのが利点であると感じている。

■在宅業務の利用者像

独居の方には特に在宅業務のニーズが高い患者が多く、生活はできているが、薬の管理はできないような方が多い。次いで、老老介護となる夫婦のみの世帯も状況は厳しい。総じて家族のサポートや支援が十分に受けられない方が多いと感じている。

■薬薬連携の実施内容

三豊総合病院では、病院薬剤師が直接訪問する在宅業務は実施していない。あくまでつなぐことが病院の役割であると考え、退院する患者を地域の薬局に連携し、地域の薬局に在宅業務を依頼している。

在宅業務の内容は、基本的にはかかりつけ薬局に任せている状況である。内容は様々ではあるが、手作りの服薬カレンダーを用いるなど、どの薬局もニーズに合った生活支援をして

いる。

三豊総合病院としては、地域の薬局との連携を強化するため、トレーシングレポートと薬剤管理サマリーの書式を作成し、情報を連携している。トレーシングレポートは、緊急性はないが病院の医師に報告・相談したいことについて情報提供ができるものとなっている。

図表 142 トレーシングレポート

トレーシングレポート（観音寺・三豊版）

【情報提供・提案内容(複数回答可)】

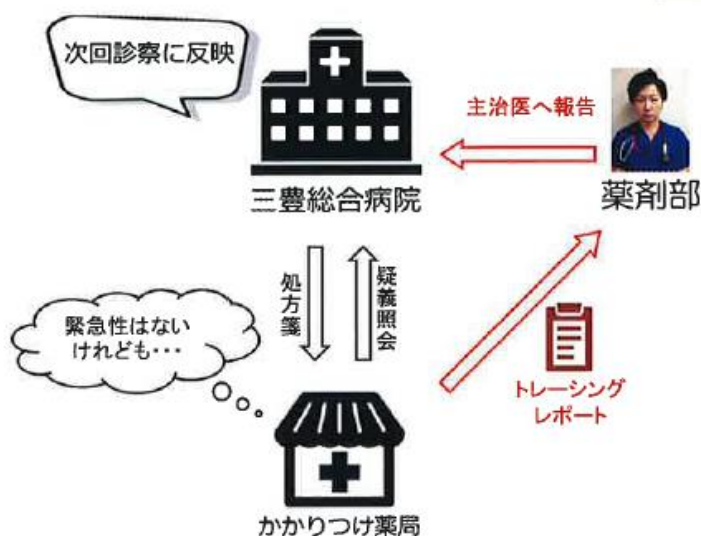
<input type="checkbox"/> 処方内容に関する事項	<input type="checkbox"/> OTC・サプリメント
<input type="checkbox"/> 残薬・服用状況	<input type="checkbox"/> 検査値
<input type="checkbox"/> 副作用・アレルギー	<input type="checkbox"/> その他()

【詳細】

- ・ 残薬が余っているのので、次回日数の調整をお願いしたい。
- ・ この症状って、もしかして副作用かも？
- ・ 「この薬、大きくてちょっと飲みづらい」
- ・ 「最近、睡眠薬を飲まなくても眠れる日が増えたよ」
- ・ 「先生に伝えたかったんだけど、言いそびれちゃった」

※疑義照会ではありません。

トレーシングレポート運用方法

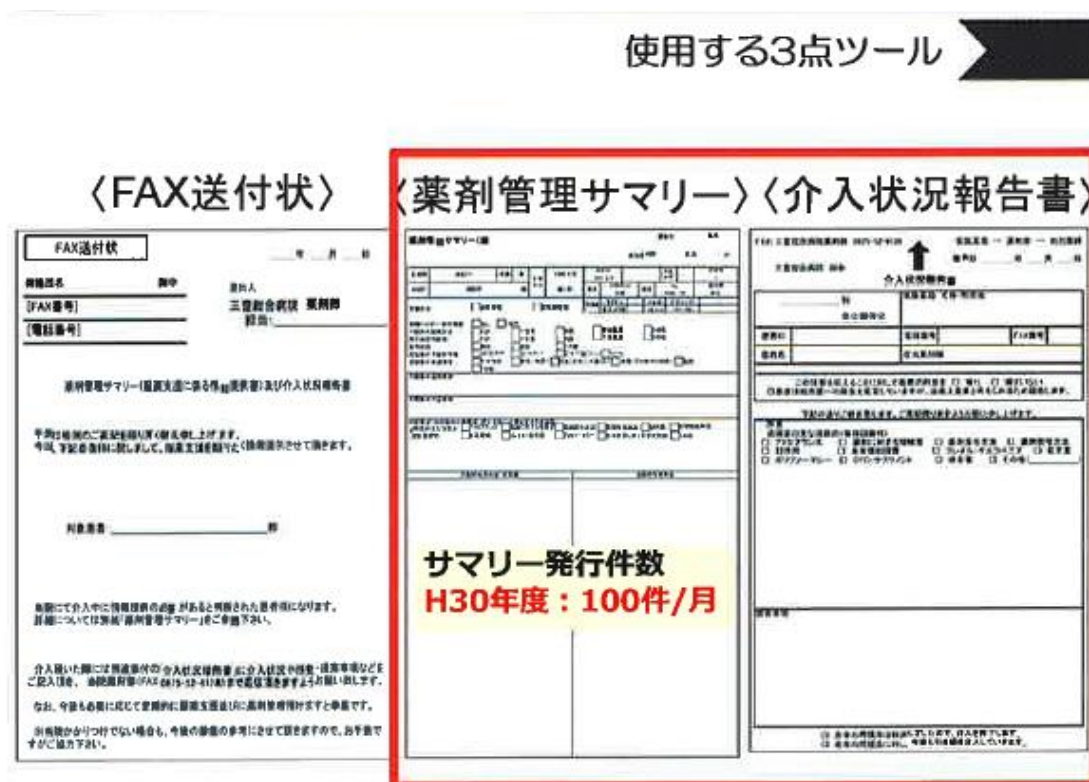


出所) 三豊総合病院提供資料

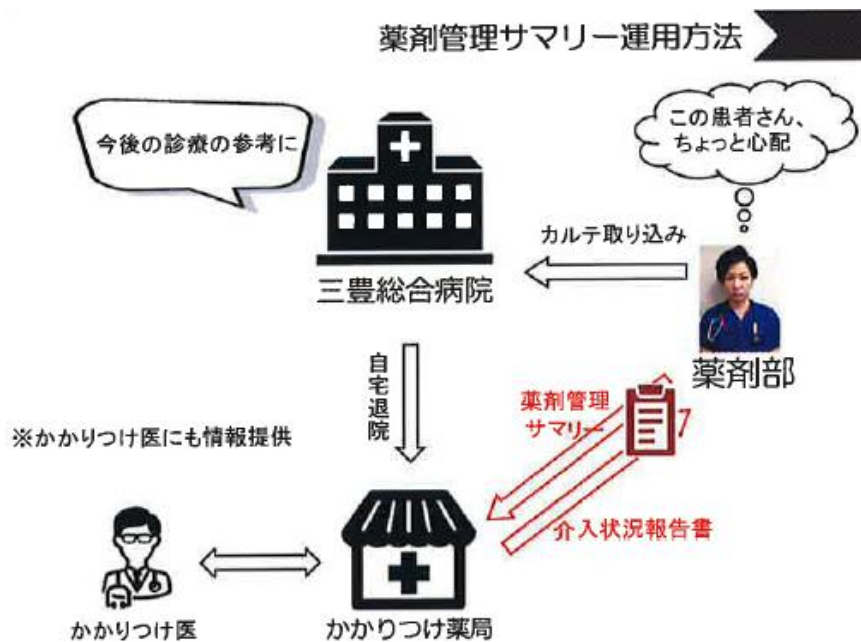
薬剤管理サマリーは服薬に問題がありそうな患者等を対象に、月 100 件程度発信している。対象となるのは、残薬がある、飲み方が特殊、処方変更があったなどのケアが必要なケースが多い。連携の手法としては、かかりつけ薬剤師に対し、返答用の書式を含めた 3 点ツールを FAX で送付し、返答も FAX でもらう。必ず返書をもらうようにし、一方向だけで終わらないような工夫をしている。

このプロセスを IT 化できないか検討はしているが、IT 投資が進んでいない地方においては、IT 化するとそれを使えない薬局が一定数出てきてしまう。IT 化を行うとしても、しばらくは現在の運用と併用するしかない。現在既存の IT サービスを利用した運用を検討中である。

図表 143 薬剤管理サマリーに使用するツール



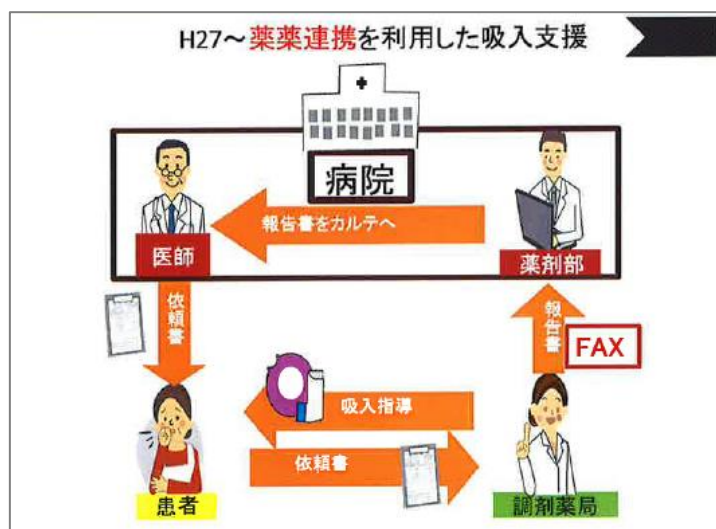
図表 144 薬剤管理サマリーの運用方法



出所) 三豊総合病院提供資料

こうした薬薬連携を通じて実際に患者のアドヒアランスが向上するといった効果が出ており、薬薬連携を利用した吸入支援についてのデータを見ても、薬薬連携をしている群としてない群には治療効果に差がある傾向が見られている。

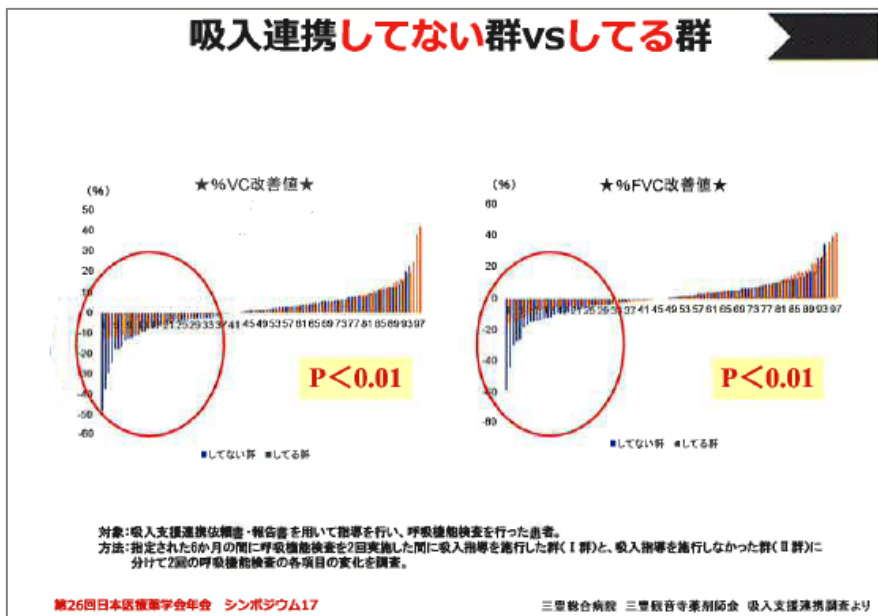
図表 145 薬薬連携を利用した吸入支援について



出所) 三豊総合病院提供資料

薬薬連携を利用した吸入支援について、吸入連携をした群ほど改善の傾向が見られる。
 (下図の下半分が悪化、上半分が改善。吸入連携をしていない群では悪化傾向が多く見られる。)

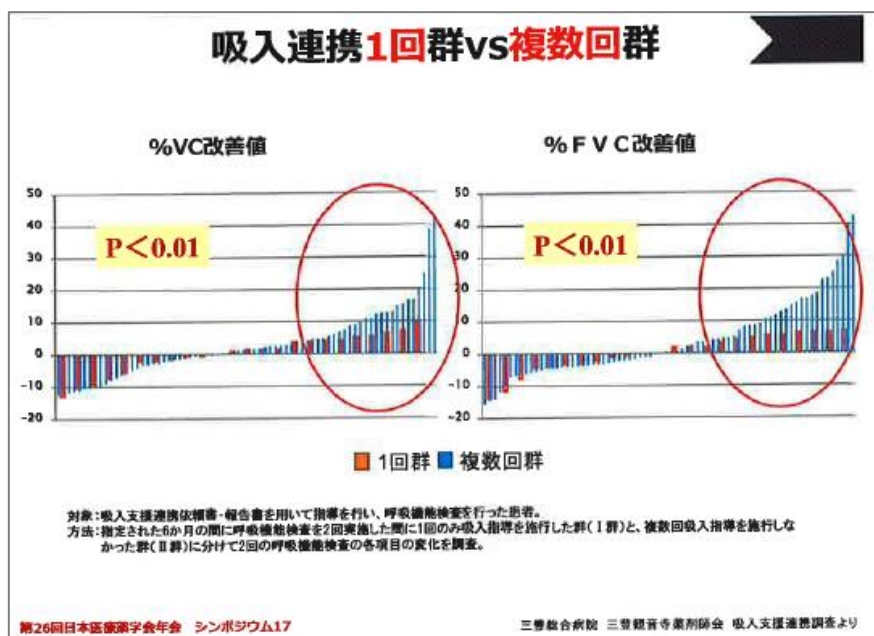
図表 146 吸入連携の有無による効果の差



出所) 三豊総合病院提供資料

さらに吸入支援を複数回行った群と1回だけ行った群を比べると、悪化傾向は大きく変わらなかったものの、改善値は複数回実施した群の方がよい傾向にあった。

図表 147 吸入連携の回数による効果の差



出所) 三豊総合病院提供資料

■在宅業務を行う上での工夫・制度の活用状況

在宅業務についての働きかけを地域の拠点病院の薬剤部から開始したことが成功の一因であったと思う。

こうした取組みを広めるためには薬剤師だけでは不十分で、院内では地域医療連携室が中心となり院内コメディカル向けの勉強会を開催していったことが大きな成功要因であろう。そうした勉強会を通じて、薬剤に関して問題や疑問があったら、病棟常駐の薬剤師に患者を在宅に戻す際の問題点などについて相談してもらうように仕組みを作った。

地域全体で在宅業務を推進する上では、地域の薬局に事情を説明して参画を促している。導入当初は、在宅業務をやってもらうにも苦勞し、薬剤師会とともに薬薬連携セミナーを開催するなど、在宅業務をやっていかないといけないという研修会を何度も実施した。

また、実際に個別にお願いすることで在宅業務を引き受けてもらうようにした。極力一件一件電話連絡を行い、キャパシティの確認もしている。

当初、観音寺・三豊エリアで60店舗ある薬局のうち在宅業務を提供可能であると届け出を出している薬局店舗は43件あったが、実際に患者宅を訪問していたのは15店舗にとどまっていた。現在は、積極的な働きかけの甲斐もあり、新たに在宅患者訪問薬剤管理指導料の届け出を出す薬局も現れ、60店舗あるうちの約8割が在宅業務を行うまでになった。

図表 148 香川県内の在宅業務提供可能薬局

香川県内の在宅可能薬局リスト

	薬局数	在宅可能薬局	在宅薬剤管理実績	月に10件以上
高松・木田	215	96	48	15
丸亀	70	36	11	0
坂出	37	15	2	0
大川	40	30	20	3
小豆	12	11	0	0
綾歌	25	14	7	3
善通寺・仲多度	46	32	11	—
観音寺・三豊	60	43	15	3
合計	505	277(54.8%)	114(22.5%)	24(4.7%)

香川県薬剤師会ホームページより

出所) 香川県薬剤師会公開情報

こうした働きかけの結果、地域の薬局とは顔が見える関係性を構築できている。特に積極

的に関わってくれる薬局は参加頻度も高いので、顔を合わせる機会も多い。地域連携に取り組む中で、必然的に顔の見える関係が構築されていったと言えよう。

また、院外の多職種に対しても連携セミナーで説明して薬剤師の参画の必要性を浸透させている。在宅業務の必要性が高まる中で、研修会により薬剤師の業務の見える化が進んできたことで、薬剤師が在宅の流れに乗るようになってきた。ケアマネジャーの話し合いの場に薬剤師が参加できるようになったことで、適切な薬局に連携する仕組みが出来上がりつつあると言える。

最近では、特定機能薬局の制度動向に合わせて、がんの勉強会なども始めているほか、病院・薬剤師会も巻き込んで、地域のフレイル、サルコペニア、低栄養対策などにも乗り出している。

■多職種連携

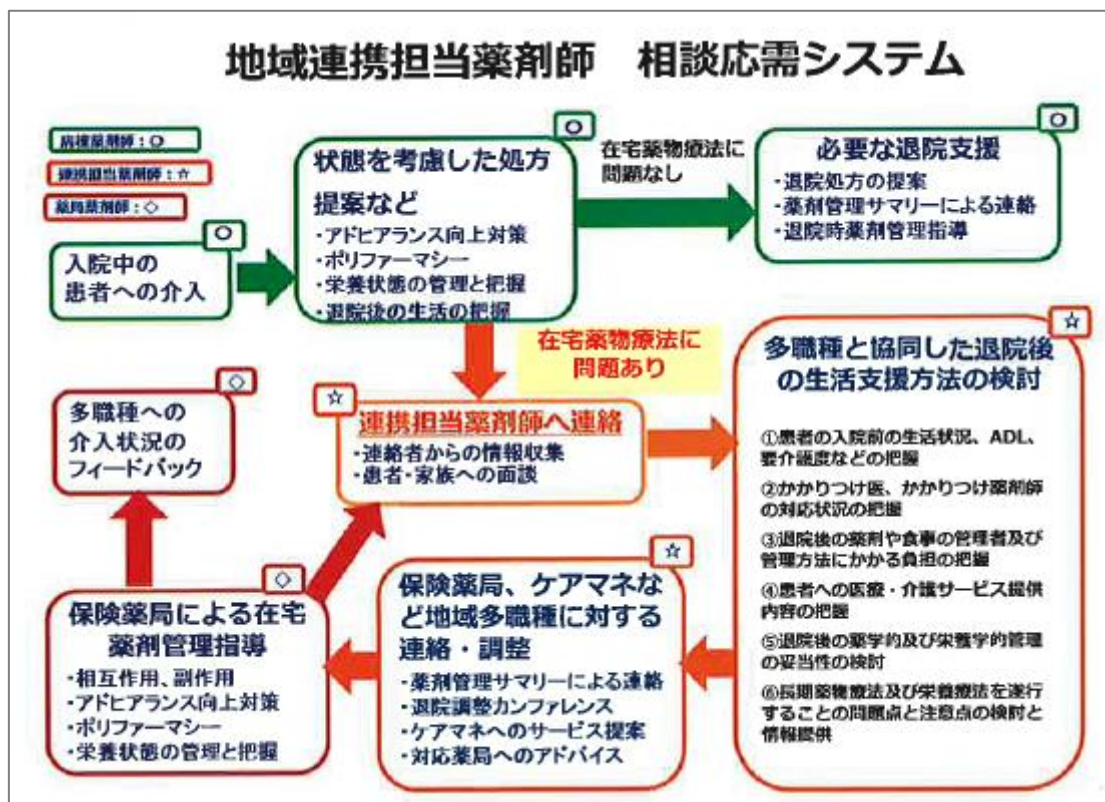
三豊総合病院では、地域連携担当薬剤師を配置しており、院内外の他の職種との連携の窓口となっている。現在は1人だが、来年度からは複数名体制のチームにする予定である。

業務の内容としては、院内のMSWやケアマネジャーとのやりとりや、薬局との連携が主な職務となるが、薬剤師会とも相談しながら、相談応需システムを構築した。

院内のMSWやケアマネジャーと毎日会話しながら情報を把握し、薬学的な情報の伝達が必要な場合は、退院前カンファレンスや退院後の担当者会議にも参加して面談を行っている。

外来を受診した患者が薬が飲めていない、という連絡が来ることもある。この場合も地域連携担当薬剤師から外部に連絡をして適切な担当者につなぎ、対応を検討している。他にも、地域で問題を認めた利用者がいれば、地域の個別ケア会議に呼ばれていくこともある。地域の拠点病院であるため、こうした地域の会議への参加は責務だと考えている。

図表 149 地域連携担当薬剤師の相談応需システム



出所) 三豊総合病院提供資料

■在宅業務を実施する上で求められる薬剤師の経験や能力

医療機関の視点から、在宅業務を依頼したい薬剤師というのは、報告書などの情報連携を丁寧を実施したうえで、薬学的に何が問題なのかを洗い出して報告してくれる人であろう。

経験の側面で言うと、病院での勤務経験というよりは薬剤師本人の経験に依拠しているように感じる。ただし、病院で医師とともに総合的に医療に関与する経験を積むことは、在宅業務に関わらず適切な薬物治療を実施していく上で役に立つと考える。

未経験の薬局薬剤師に対しても、セミナーの中で、在宅業務のやり方や症例報告、アイデアの共有などをするなどして、技術的なサポートをするようにしている。在宅業務を行う上で着眼すべきポイントを共有するほか、在宅業務の内容を報告してもらう中でコンサルテーションまで引き受け、対応策を一緒に検討することもある

■在宅業務普及の上での課題

在宅業務が必要な方以外の高齢者に対しても、もっと薬学的なアプローチを日常的に提供できるように地域に薬剤師が根ざしていかないといけないと考えている。在宅業務が必要になる前から介入し、状態の変化に応じて在宅業務提供といったアプローチにもっていきけるような仕組みがあるべきだと考えている。通いの場やサロンの活用など、在宅業務が必要になる前からの切れ目のないサービスを提供できるような体制の構築は、今後の課題である。

■理想とする在宅業務・今後の展望

前述の通り、通いの場やサロンの活用など、在宅業務が必要になる以前から切れ目のないサービス提供を行うのが理想的な在宅業務の在り方だと考えている。そうした考えのもと、三豊総合病院では、地域の高齢者が薬局に立ち寄った際に健康チェックをしてもらい、問診票ひとつで、フレイル・サルコペニア・低栄養をスクリーニングできる仕組みを作ろうとしている。行政とも連携し、行政のイベントに薬剤師が関与できるようにしようとしている。

また薬剤師会と病院薬剤師会で協働してお薬相談会を2カ月に一回ほど実施している。行政とも相談の上で、スーパーの中などの人が集まる場所で開催している。

今後は、病院からより多くの専門職を派遣して、栄養相談、運動相談などを開催していきたい。

また、サロンや通いの場で薬剤師が薬について話をする機会も拡充したい。こうした地道な活動を通して、薬剤師の役割が浸透していくのではないかと考えている。

■在宅業務の推進に向けて国や薬剤師会に期待する役割

在宅業務を推進する上では、医療機関と薬局を連携する窓口をどこに置くかが重要となる。個別の薬局では、地域全ての窓口を担うことは難しいため、拠点病院の薬剤部にそういう機能があることが望ましい。観音寺市周辺では基幹病院が1か所しかなかったために問題とならなかったが、他の地域だと薬剤師会が窓口とならないと難しい地域もあるだろう。一方で、薬剤師会には専任の薬剤師がいないことも多く、担当を振るのが難しいこともあるのは課題である。

また、地域で在宅業務ができる薬剤師を育成することも重要である。三豊総合病院は、「病院・薬局・地域がつながる連携体制構築事業」に参画し、薬剤師会と病院とで協力して、「地域サポート薬剤師」の認定制度を設けている。フレイル予防や栄養チェックなどはマンパワーが必要になることから、地域単位での育成活動も求められるだろう。

5. 福山市民病院

■福山市民病院の基礎情報

所在	広島県福山市
開設年	1962年
病床機能	高度急性期、急性期、回復期
病床数	一般病床 500床 (内16床が緩和ケア病床) 感染症病床 6床
薬剤師数	29人

福山市民病院の概要について述べる。福山市民病院には、令和元年11月現在、薬剤師29名が在籍しており、うち13名は病棟薬剤師として配置されている。

■退院時カンファレンスを始めたきっかけ

福山市民病院において退院時カンファレンスが開かれ病薬連携が始まった。これは平成24年度診療報酬改定において退院時カンファレンスに点数が加算されるようになったことを契機としている。往診医が参加しないことには退院時カンファレンスの意義がないということもあり、開始当初は往診医が在籍する医療機関を中心に実施していた。

令和元年11月現在でも全国規模で見た場合、退院時カンファレンスに薬剤師が参加する例が限られていることを鑑みると、福山市民病院において開始当初から薬剤師が参加していたという点は特筆すべきであろう。これは看護師などの医療従事者から薬剤師に対して参加要請があったからだ、と担当者は述べていた。とはいえ、薬局薬剤師が退院時カンファレンスに参加するのは福山市民病院でもホームクリニックの場合に限られる。これは在宅医としっかり連携がとれていることが理由として考えられる。病院側から連絡は入れるものの、業務が繁忙との理由で参加を断られてしまうケースがほとんどであるようだ。

■退院時カンファレンスの対象者像

在宅業務を利用する患者の主な疾患としてはがん患者がその多くを占めている。緩和病棟に限らず、病院全体で見てもがん患者の数は9割を超えている。

■退院時カンファレンスの実施内容

福山市民病院では、退院時カンファレンスの前準備として「プレカンファレンス」という多職種間情報共有の場が設けられている。時間としては患者一人当たり30分程度用意されているとのことである。

このプレカンファレンスの場においては、患者本人の生活状況がどのようなものか、ということが共有され、患者一人ひとりに合わせた処方設計のカギとなっている。また、患者を

支える家族のキーパーソンの在宅時間についても共有がなされる。これにより、患者が社会人の娘との二人暮らしをしているようなケースにおいて、娘が仕事によって日中外出していることを情報共有することで、服薬タイミングを朝と就寝前の二回に絞るべく一包化したり、一包化できない頓服薬の管理を決めたり、というような処方設計へと繋げることが可能となっている。

また、別事例でも取り上げた、強力な病薬連携体制のパートナーであるファーマシイ薬局に対して予め服薬カレンダーの準備を依頼しておき、退院時カンファレンスに臨むというような対応も可能となっている。届いた服薬カレンダーは配薬担当の訪問看護師に利用者宅に置いてもらい家族に内服確認をしてもらう、というような対応ができる。

■在宅業務に係る病薬連携の不満点

地域内の薬局の中には、患者が重複して同じような服薬をしているにも関わらず、何の疑義も持たずに調剤している薬局が後を絶たない。その一因として、患者の処方状況を一元管理できる情報媒体がないことに起因する問題が多いという意見が寄せられた。本来お薬手帳がその役割を担うべきであるが、そもそも患者に持参する習慣がなかったり、院内処方の際に何も記載しない一部医療機関が存在したりと、とても情報を一元管理する媒体として運用できる状況ではない。

裏を返せば、お薬手帳の運用を整備することで、病薬連携をアシストできる可能性があるということである。フォーマットを揃え、しっかりと複数医療機関からの処方薬が処方時期、量を明らかにした上で一元管理することができるのであれば、病薬連携という形でカバーしなければならない課題の負担が軽くなることは十分に考えられる。

■在宅業務に係る病薬連携で薬剤師が果たすべき役割

退院時カンファレンスに薬剤師がいない場合、患者一人ひとりに合わせた薬の処方提案まで踏み込むことは困難を極めるだろう。

まず、薬の一包化であったり、服薬タイミングを踏まえた薬の変更であったりは、薬剤師不在の場合は不可能である。また、薬や処方方法を調整する場合も主治医と薬剤師が話し合うことで決まるため、ここでも薬剤師の存在は不可欠と言える。例えば簡易懸濁法による経管投与などは、そもそも可能かどうか、可能ならばどのような方法・タイミングで簡易懸濁すべきなのか等について、看護師だけで決めるよりも薬剤師が介入することで、より効果的な薬剤投与が可能となるだろう。

加えて、上述のような処方提案の観点のみならず、注射の有無や投与タイミング、誰が服薬管理者なのか等、薬に関する患者情報の充実という観点でも薬剤師の視点は求められる。薬の専門家として薬剤師が介入することで、投薬や薬剤管理等について検討すべき事項がより網羅的にカバーされ、在宅医療の質の向上が期待できる。

また、ファーマシイの担当者からは、福山市民病院の退院時カンファレンス後に移管され

る場合、情報共有がしっかりとされているという意見が寄せられた。他の病院の場合、服薬内容の情報共有がなされず、病院を訪れて初めて判明することも少なくないという。

さらに、福山市民病院側で薬の整理も行うため、移管時に非常にシンプルでわかりやすいという意見も寄せられた。これは減薬も加算対象となったことが背景にある。患者の中には開業医から処方された薬を継続して服薬し続けている、というような患者もおり、減薬の余地は十分残されている。ここでいう減薬とは、薬の種類を減らすだけでなく、服薬日数を超えた分の薬についても整理することも含めている。例えば持参薬を併用している場合、退院時に残薬数が不揃いになるケースがある。退院後に処方する量としては一週間分程度であるが、この処方日数を超えた分については患者に返納してもらい、必要最低限の量のみを持ち帰ってもらうという処方方法を採用している。

■在宅業務を実施する上で求められる薬剤師の経験や能力

在宅業務を利用する患者のほとんどががん患者であることを踏まえると、疼痛管理や麻薬管理などは最低限要求される能力である。

また、在宅業務を実施していく上で避けては通れない多職種連携を実現するために、人間関係・ネットワーク構築力が重要であるという意見も挙げられた。今回取り上げた福山市民病院のように、退院時カンファレンスに薬剤師の参加が要請される地域は非常に稀であり、薬剤師側が受け身姿勢のままでは在宅業務の場に薬剤師が参画していくことは難しい。

■在宅業務の普及促進に向けた課題

地域薬局が地域の中に数百とある中で、それぞれがどのようなケイパビリティを持っているかを把握していないということは、普及に向けた課題の一つとして挙げられるであろう。病院側から連絡をしても、医療用麻薬の取り扱いはしないと断られるケースなどもある。

また、制度上の課題として、患者の持参薬を整理すること自体に点数加算をしてもよいのではないかと、という意見が挙げられた。可能であれば持参薬をまとめたいという意欲はあるものの、持参薬確認の面談の必要がなくなってしまうと点数が加算されなくなってしまう。この持参薬の鑑別作業はかなり負担が大きく、鑑別し必要な量を選び分け、カレンダーに反映するという作業を入院患者全員に対して行うことは現状では難しい。複数の病院から薬を持参している患者が多く、持参薬の情報の一元化が困難であるため、なかなか実現は難しいとは思われるものの、何らかの形で点数加算されてもよいのではないだろうか。

加えて、退院時カンファレンス終了後に開かれる初回カンファレンスに対しての点数加算があってもよいのではないかと、という意見が薬局担当者から寄せられた。この初回カンファレンスは薬剤師にとって負担が大きい割に算定がない。患者に急変があった際に緊急時等共同指導という形で算定されるケースが稀にあるくらいだ。がん関連の認定を持った医師や看護師の場合、状況確認のための往診で週一回上限に加算がなされるが、薬剤師にはそのような形がなく、病院薬剤師として出向きにくいという現状がある。調剤薬局側で十分介

入しているのであれば病院薬剤師が出向く必要はないが、現実にはそのようなケースはマイノリティである。

6. 株式会社ファーマシィ春日在宅ケア薬局店

■株式会社ファーマシィ 春日在宅ケア薬局店の基礎情報

所在	広島県福山市
開設年	2014年
在宅業務開始時期	2015年6月
薬剤師数	(常勤) 1人 (非常勤) 2人 (常勤換算) 1.3人
在宅業務を担当する薬剤師の数	(常勤) 1人 (非常勤) — (常勤換算) —
処方箋枚数(2019年7月)	793枚
処方箋集中率	75%

ファーマシィ春日在宅ケア店（以降、ファーマシィと呼ぶ）の在宅支援薬局の概要について述べる。ファーマシィは、薬剤師4名で運営がなされ、14の医療機関（診療所は9軒）と連携している。処方箋を受け付けている患者数は、月間あたり180～200名にのぼる。在宅医療に対応した往診医との連携を進めてきたこともあり、近年では、往診以外の形でもクリニックの要望に応えるなどしている。

■在宅業務を始めたきっかけ

ファーマシィでは、かねてより在宅医療に取り組んできた医師と、在宅医療をメインに据えて医療提供をしたいという医師と連携し、最初は細々とクリニックの待合室に集まって福山在宅どうしよう会の発足に携わりつつ検討をはじめた。約10年前の話にはなるが、はじめのうちは、有志の医師や医療専門職などの仲間集めから着手した。在宅療養の推進を念頭に、症例研究や、勉強会を開催していた。代理往診の仕方などの技術的な話をしたり、後方病床の確保など着実に在宅医療に必要となる仕組みづくりをしたりと実務面も進めていった。当初は、有志の内輪の中で知見を仕組み化しようとしていたが、賛同する専門職を増やさなければ、取り組みそのものが地域に定着しない可能性を感じ、平成23年度より医師会や病院を巻き込んで取組を進めてきた。現在では、上記の取り組みを経て、連携する職種も増えた環境で薬局として、患者や専門職の求めに応じて、在宅業務を提供している。

薬剤師としての在宅業務については、先述した緩和病棟で勤めていた医師から声がかかったことを受け、外来対応と並行して実施していた。がん患者の疼痛管理などに用いる医療用麻薬の取扱い実績など、在宅業務に取り組んできたこともあり、在宅医との関係が構築されていた。なお、ファーマシィでは2010年に在宅業務の充実を図るべく、無菌製剤室を整

備するなど、質・量ともに高い在宅業務の提供に資するよう設備投資も実施している。

■在宅業務の利用者像

在宅業務を利用する患者の主な疾患としては癌患者がその多くを占めており、ここ最近では急速に終末期の患者が増えてきた印象がある。ファーマシィが抱える患者は、6割が個人患者で、4割が施設患者で、個人在宅の患者の多くは終末期の方が多い。

ファーマシィでは、医薬品、医療材料の管理がかさむことを理由に、病院でしか看取れないような地域を作りたくないという思いがあり、地域看取りができる地域づくりが重要と考えていた。癌性疼痛の管理に薬局薬剤師が携わることをひとつの目標として、在宅業務を展開し、自宅での看取りの支援までも一貫して支援してきたことが奏功し、地域看取りのできる医療資源の形成が進んだと考えられる。

■在宅業務の実施内容

在宅業務は、まず患者の自宅を訪問し、服用している薬がどれだけあるのか、残薬がどれくらい溜まっているのかだけでなく、そもそもどのように服薬しているのかを生活状況も含めて、まずは俯瞰的に把握している。1件あたりの在宅業務に要する時間は最短で5分、10分、長ければ120分とケースバイケースではあるが、まずは薬を探すところから始まる。

その次のステップとして、残薬をお預かりして、調整したものを改めてお渡しすることになる。訪問薬剤管理指導の中に入っていないなくてもまずは動くということが重要と認識している。

担当者は、生活状況など患者の日常を目の当たりにすることで、介護職の負担が見えてくる。たとえば、便がゆるければ、お尻も荒れることからそのフォローも大変なので、お薬で調整できるのでは？と想像力を働かせられる点も薬剤師の強みと述べていた。薬局の中においても、医療機関とのやり取りのみになってしまうので外に出て情報を集めること、触れることが重要である。また、患者の生活をイメージして、患者が渡した薬をどのように使うかをイメージした上で、患者の服薬支援やアドヒアランスの向上に貢献できることが薬剤師の強みである。たとえば、手の力が弱い高齢者の場合、小さな力でも回せる器具を貸与することも一つの支援である。また、2時間おきに薬を飲ませる必要がある患者があれば、服薬タイミングを患者や訪問する他の職種の状態を踏まえて調剤することも一つ。この他にも、送薬に際しても、チューブに詰まりにくい薬を考えるなど、在宅業務では薬剤師にできることが数多くある。

さらに、福山地域は在宅医療の展開が進んでいる地域でもある。そのため、個人の方の終末期対応が可能な薬局と地域で認識されていることもあり、在宅業務における往診医のウェイトが高いだけでなく、基幹病院からのオーダーも受けている。特に、最近では、終末期患者の在宅療養ニーズが、以前よりも高まってきている。地域に終末期対応が可能で、かつ看取り対応の可能な医師が数名存在していることなど、地域に在宅医療を支える人材が存在

していることが大きい。

このほかにも、入院時、退院時における服薬状況の連携、調剤調整を実施している。入院時について述べると、入院するまでに患者が服薬している医薬品をすべて整理し、病院側の薬剤師にレポートすると同時に、残薬が生じないように調剤の調整を実施している。一方の退院時には、往診初日に個別ケア会議に準じる会議を、多職種を集めて開催し情報共有を図ることで円滑な在宅療養への移行を支援している。

■在宅業務を行う上での工夫・制度の活用状況（サポート薬局制度の活用）

先述した通り、ファーマシィでは地域看取りができる地域づくりを推進しようとしてきた。そのため、癌性疼痛の管理に薬局薬剤師が携わることをひとつの目標として、在宅業務を展開し、自宅での看取りの支援までも一貫して支援してきた。薬局としても24時間体制を敷き、必要なタイミングで医薬品を配達できる仕組みを構築している。医療機関が取り扱われない医療用麻薬も取り扱っている。末期癌、在宅緩和ケアになると専門知識が必要になるが、医薬品の細かな調整など、医師であっても取り扱いが難しいものも少なくない。ファーマシィの担当薬剤師は、こういったものにも積極的に対応することで地域における存在感を高めている。特に、針やチューブやポンプ、麻薬の管理は薬剤師の専門性が必要となりやすく、地域の在宅医から重宝されているポイントのひとつのことであった。

また、薬剤の調整後は、実際に患者に投与(注射)する看護師へのサポートにも対応している。具体的には、医師からの指示書を医師からの承認をもらった上で、薬局側で服用手順書を作成し、訪問看護師に情報を提供することで、医療安全の保持を支援している。

このほかにも、服薬方法や、患者状態を踏まえた新たな処方提案なども患者の状況や関わる多職種の状況などを踏まえ決定している。

在宅療養は1人の患者に多職種が関与するひとつのチーム医療である。そのため、多数の患者の治療に専念する医師が、多職種間のスケジュール調整を実施することは現実的ではない。ファーマシィでは、そのような調整機能も担うことで、患者の在宅療養に携る仕組みをまわしている。薬局薬剤師は、スケジュール調整を薬局がして、医師にレポートをするという形を作っていくことが重要だったと振り返っていた。

残念ながら薬剤師が関わっていない現場では、手元にある薬を服用させることが目的となるため、そこで検討そのものが停止するが、薬剤師がいることで、薬の形状・剤形や、服薬のタイミング、服用方法などの変更提案ができるようになる。一般的な服薬支援としてのカレンダーの提供などは、典型的な在宅業務として理解しやすいが、在宅業務の本質は薬効確認などをして、医師に処方提案までして聞くのがゴールで、可能であればさらに減薬提案までできるとよいとファーマシィの担当者は述べていた。

なお、ファーマシィでは、サポート薬局を同一法人内の薬局が担っている。

■在宅業務に係る多職種連携

認知症の患者の処方薬を管理する場合は、ヘルパーか訪問看護師にお願いすることが多い。多職種での情報連携には、紙媒体のツールを使って情報の共有を図っている。

また入退院の話にはなるが、在宅業務を提供している患者であっても、入院することすらあらかじめ把握できていないことも多い。このような基本的な情報を捕捉できていれば、在宅業務の内容も変わってくる。情報連携の仕方を改善することが求められており、基本的には往診医が把握している情報を薬剤師側も把握できていることが望ましい。

■在宅業務に係る病薬連携

ファーマシィの実施している病薬連携については、本報告書内において別事例として紹介する福山市民病院の病薬連携と合わせて参照されたい。本節では、薬局の視点から病薬連携の実態について詳述する。

◎入院時連携

まず、入院時の病薬剤連携について説明する。ファーマシィでは、入院に際し、手帳の情報を整理するほか、患者が服用せずに残してきた薬と、実際に服用している処方薬が何か分かるように手元にある薬を整理して病院の薬剤師に伝達している。入院の際に薬の管理をしようとしても、自宅にある薬を持って来られても、いつどこで誰が処方したものなのか、薬の使用期限もわからず、整理のしようがない。お薬手帳も役に立たないことも多く、病院側では判断がつかない。そこで、病院側が患者の入院時にスムーズに薬の把握を進められるよう、書式を作成することで入院時の情報提供の仕組みづくりに取り組んでいる。こうした取組を通じ、1件あたり30から60分はかかる薬の整理を薬局側が実施することで病院側の業務はだいぶ軽くなる点に言及していた。こうした仕組みの構築と運用が、患者の安定した在宅療養に貢献している側面がうかがえた。

◎退院時連携

次に、退院時の病薬連携について述べる。ファーマシィと連携する退院前カンファレンスに病院薬剤師が参加している点が特徴的である。病院薬剤師が参加する以前は、認知症患者なので処方を減らせないか？、医療・介護保険のどんなサービスを使えるか？、どのようなサービスが必要なのか？などの調整の話が中心であった。しかし、病院薬剤師が入ったことで、薬の処方歴などの情報提供を受けられるので、在宅で起こりうる医学的、薬学的な課題も想像がついてくるようになった。担当者は予見されるケアについて、より具体的に議論できるようになるなど質の向上につながっていると述べていた。

◎退院前後の多職種連携フロー

- ①基幹病院の退院連携室の看護師から連絡を受ける

- もしくは、訪問クリニックからも連絡を受け、在宅療養に向けた準備を開始する
- ②退院日程が決定された後、退院前カンファレンスの場に多職種が集まる
 - ③在宅療養計画、患者状態、服薬状況、家族状況などを確認する
 - ④初回往診時に改めて退院前カンファレンスの内容を確認しあっている

薬局側としても病態に関する説明がなければ、患者の緊急時や急性増悪時の対応がわからない。そのため、病院薬剤師との連携有無は、退院後の服薬等で調子が悪くなった際に、誰に何を相談したらいいのかが分かるため、現場での混乱を抑えられるといった利点もある。特に、点滴の分野は途中で量の変更などの相談が多い。

同時に、患者退院後の緩和ケアの方に多いが、退院されて自宅に帰ったが、状態が安定せずに在宅療養を中断して病院には戻る際には、可能な範囲で薬局から基幹病院に情報を送付している。情報連携はメールか FAX で実施しているとのことであった。担当薬剤師は、事業所か基幹病院、連係の数が増えるほど情報の伝達は遅くなっていく。末端まで情報を伝えるためには統一書式で見えるかしておかないとミスが起こることが多い点にも言及していた。

なお、ファーマシィでは、初回訪問時に処方管理シートを作成して、処方箋依頼シートを薬局側で医療機関に発注し、漏れの無い残薬管理を実施している。このシートを通じて、薬局で入退院時の情報共有の際に必要な、①患者の基本情報と②経過記録の 2 点をデータとして残しており、共有時には必要な箇所を赤字にするなどして提供している。あわせて、入院時調整会議などで、患者の薬歴や経過がわかるように資料提供も実施している。

■在宅業務を実施する上で求められる薬剤師の経験や能力

在宅業務にあたる薬局側の担当者は、看取り対応件数の多い薬局での実地研修の重要性を訴えていた。情報提供にしても、そもそも自分が業務をする上で、情報がなく困る場面も多い、必要となる患者の情報がないというのは他の薬剤師でも職種でも同様なので、まずはどういった情報が欲しいのか？求められているのか？を考えることが重要で、あわせて必要な背景まで考えられるようになることが重要である。

福山地域では、病薬連携も一応は機能しているが、在宅業務に携わる薬局薬剤師が何をしているのかを、病院に勤務する薬剤師や地域医療連携室などに知ってもらうこと、入退院時にどういった情報が必要なのか、双方のニーズを共有するような研修も必要である。

自分たちにできること、双方が欲しい情報を把握し、お互いに欠けている部分を補い合える補完関係を構築できるかが重要であり、在宅業務を実施する上での専門的な知識のようなものは極端な話、最初から備えて臨む必要もないかもしれない。残薬調整などで困る薬剤師はそうおらず、逆に残薬調整や医薬品の配達しかやってないのであれば、十分な在宅業務とは言えない。在宅業務を通じ、他の職種からの信頼を勝ち得ながら、チーム医療・チームケアに携わる専門職の一員として認められる必要ことが重要である。患者に対し、薬学的に

どういった医療を提供できるのかを患者像や携わる職種から見出せるようになる必要がある。

■在宅業務の普及促進に向けた課題

現場では、単純に他の職種が、薬剤師が対応可能な支援範囲（ケイパビリティ）を理解していないことが多い。他の職種が薬剤師、薬局をどのように活用できるのかが分かっているならば、在宅業務の内容を充実させていくことも可能である。他の啓発活動の講演会や、他の職種が何に困っているのかを把握するための意見交換会を開催する必要がある。

薬剤師会に協力を仰ぐことも重要だが、まずは薬局単位で意思のある薬剤師が積極的に外に出て行き、地域の薬剤師以外の専門職に求められていく必要がある。将来的には、薬剤師が情報を集約して、医療系の関係職種に必要な患者情報を拡散する中心的な存在になれるとよい。連携のハブ機能を担えるようになれば、在宅業務のひとつの完成形に近づいたと言えるのではないかと考えている。

また、広域の医療機関とより密度高く連携していくには、物品・衛生材料、点滴のルート、手技、及び使用する医療機器の統一を図ることが望ましい。在宅医療キットというような形で一本化できるとよい。地域フォーミュラリーを医薬品以外でも進めていく必要があるように思う。

7. ヤマザワ調剤薬局東鹿島店

■ヤマザワ調剤薬局東鹿島店の基礎情報

所在	宮城県仙台市
開設年	2003年
在宅業務開始時期	2014年11月
薬剤師数	(常勤) 2人 (非常勤) 0人 (常勤換算) 2人
在宅業務を担当する薬剤師の数	(常勤) 1人 (非常勤) - (常勤換算) -
処方箋枚数(2019年7月)	1411枚
処方箋集中率	92.7%

ヤマザワ調剤薬局東鹿島店の概要について述べる。ヤマザワ薬局調剤東鹿島店は、薬剤師2名で運営がなされ、3軒の医療機関(診療所は2軒)と連携している。処方箋を受け付けている患者数は、月間あたり1400名にのぼる。

体制面では、日中の外来業務がまわるように、薬剤師2名でのシフト運営がなされている。営業時間は、午前9時から午後6時までであるため、営業時間内の比較的すいているタイミングで、在宅業務を提供している。薬剤師1人が外出しても、本来の薬局の外来業務に支障がでないような体制が構築されている。

■在宅業務をはじめたきっかけ

眼科の門前としてやってきているが、6年半前に明らかに認知が疑われる患者が来局していた。ご家族への電話連絡でのやり取りが、ヤマザワ調剤薬局東鹿島店で在宅業務を始めるきっかけとなった。担当の薬剤師は、在宅業務をはじめるとあたり、まずは仙台市薬剤師会の認知症の方をサポートするワーキンググループ研修に参加するなどして、どのように認知症患者を他の専門職に紹介すればいいのかといったノウハウを得ている。在宅業務に携わろうと行動を始めたころは、地域に関わることも知らずに入っていたが、その後、地域包括支援センターとの関係構築も進んだ。地域包括支援センターと連携したことで、問題行動のある高齢者の方について情報を共有してもらえるようになるなどの協力体制が敷かれるようになった。

■在宅業務を利用する患者像

在宅業務を提供する患者像としては、認知症患者のほか、心身に障害がある患者、独居の

後期高齢患者など、来局が難しい方や自宅での薬の管理ができない方を中心に在宅業務を提供している。

このほかにも、患者が利用している薬局が在宅業務を実施していないため、地域包括支援センターなどから在宅に移行後の服薬治療・管理を引き継いでほしいという依頼を受けて対応することもある。

■在宅業務の実施内容

患者によっても対応は変わるが、一例として通院在宅患者について述べる。このケースは、地域包括支援センターからの依頼で、これまで患者にかかわってきた別の薬局から業務を引き継ぐという形で始まった。患者は一人暮らしで、現状のままでは薬の管理・服薬が困難なため改善が必要と判断した。一般的には、薬局薬剤師が大学病院の医師に直接会うことは難しいが、このケースでは医師への面会がなかった。薬剤師が持ち込んだ患者の残薬を医師が直接確認したことで、患者にとっての服薬の複雑さを実感し処方的大幅な見直しにつながったと感じる。薬局薬剤師が医師に改善のための提案ができることを他の職種（病院看護師、ソーシャルワーカー、ケアマネジャー等）に知ってもらう機会にもなった。患者の自宅での様子を確認すること、薬の服用を正しくできているのか？患者の自己申告が正しいのか？を知りたいという医師の要望に応えることも業務の一環となっている。ケアマネジャーに対しても医師と同じ報告書を送っており、ケアマネジャーからは今まで得られなかった情報と重宝されている。

具体的な共有情報は、服薬を含めた生活サイクルと体調の変化を把握して医師に報告することが中心となる。患者がどのような形で生活しているのか？という情報から、薬を飲みやすくする剤形と服薬回数の観点で情報を提供し、医師と相談しながら最適化を図っている。結果的に、1日7回に分けて薬を飲んでいた患者の服薬回数を1日2回まで減らすことができたなどの効果もあった。

次に、服薬に関しては、患者によっては複数の医療機関の薬を服用しているので、特定の医療機関からの処方だけではなく全体をみて適切に服薬できるよう調整している。在宅療養を支えている複数のヘルパーが交互に服薬介助することもあるので、どのヘルパーにもわかりやすい調剤の工夫を心掛けている。

この他には、地域包括支援センターから患者紹介があり、情報共有や相談をすることもあため、地域ケア会議に参加するなどして、個々の患者だけでなく地域全体の情報交換にも携わっている。

なお、自宅訪問の初日は患者との関係構築だけでなく、薬剤師側の不安払拭という観点から、可能な限り地域包括支援センターの職員にも同行してもらうようにしている。

■在宅業務に係る多職種連携

訪問看護師がレポートする内容と薬剤師がレポートする内容には差がある。薬剤師と看

護師の薬の捉え方、薬剤へのアプローチの方法はかなり異なると感じている。薬剤師は多数の医薬品を服薬することによる体調変化や副作用等を見ているが、看護師は個々の薬の飲みやすさや扱いやすさという観点で見ている方が多いように感じる。薬物療養を実施している患者の場合は些細な変化であっても医師や看護師、ケアマネジャーとも情報共有することも重要である。在宅業務に携わる薬剤師は、多職種の発した情報が医師まで適切に伝達されているのかを確認する立場にもある。患者、他の職種、医師の情報共有の架け橋となりつつ、薬学的アプローチに特化した専門性を提供することが求められると担当薬剤師は述べていた。

■在宅業務に係る薬薬連携

ヤマザワ調剤薬局の在宅業務では、個人宅の患者を対象とした在宅業務が中心であり、在宅業務に携われる薬剤師の数にも限りがあることから組織的な連携にまでは対応していない。

■在宅業務を行う上での工夫・制度の活用状況（サポート薬局制度の活用）

患者と対峙するにあたっては、患者自身が意欲をもって関わられるような支援を心掛けている。薬の一包化もその一環である。同時に、患者家族へのレスパイトケアの観点で在宅業務を実施していくことも大切である。薬剤師の在宅業務のひとつの側面として、患者家族の話に耳を傾けることも専門職の為すべきことのひとつではないか。たとえば、患者や家族と異なる視点を持つことで、気づけなかった生活上の特徴や嗜好を知ることができ、今後の在宅療養をより充実させていくためのヒントを得ることもできる。

このほかには、ケアマネジャーと医師の意思伝達の手助けも薬剤師の役割と感じている。ケアマネジャーが利用者の薬の飲み方などに問題を感じたとしても、それを医師に適切に伝え問題解決のために相談するのは少しハードルが高いと聞く。特に医師と連絡を取ることが難しいように感じるが、薬剤師であればその点は比較的スムーズに医師と話すことができる。共通言語で話せることも薬剤師の強みの一つであり、上手く活用すべき利点である。薬剤師というのは、専門職でありながらも、患者や介護職が接しやすい職種のように感じる。こうした薬剤師の一般的なイメージを上手く活用しながら在宅療養をより良いものにしていく総合調整役を担うことも在宅業務を実施する際にはポイントになる。

担当薬剤師は自身が在宅業務開始初期に感じた不安や疑問、解決方法を伝える目的で、在宅業務を進めたいがどのように始めたらよいかわからずにいる薬剤師を集めたワークショップや在宅業務の資質向上に関するサポート研修などに現在も継続参加している。

■在宅業務を実施する上で求められる薬剤師の経験や能力

同じ枠に合わせた薬剤師研修などは、必要はないように思う。患者にとって本当に必要なものが何かを見極められるようになることが必要である。担当薬剤師にとっては、高齢者は

自分の親世代なので、近いものがある。家族だったらどうしてほしいか？という気持ちで取り組んでいる。20代や30代前半の若い薬剤師に同じ思いでやってもらうことはやはり難しい。そういう意味合いでは、研修ではなく若い薬剤師には相談窓口が必要なのではないか？これをしなくてはいけないというのはないと思うが、患者にとって、住み慣れた自宅で安心できる生活を続けられることが一番幸せなように思う。例えば、患者や家族にとって多職種連携のキーマンとして相談をしやすい薬局や薬剤師が近くにいればいいのではないか。

地域ケア会議で感じるのは、病院や地域の専門職には、薬剤師の在宅業務を知る機会がないということ。薬局薬剤師の活躍の幅が広がるような事例や取り組みを紹介できるようになるとよい。機会や情報を上から与えられるものだと思っている医療関係者（薬剤師を含む）が多いので、患者や地域からの要望を上げてもらい、それに応えていく必要だと考える。

■在宅業務普及の上での課題

担当薬剤師は、薬剤師として在宅医療にかかわりたいという思いがあり、在宅医療はがん治療など高度医療の一環と考えていたが、実際の対象は普通の生活を続けるために支援を求めている人全般であった。どんな患者に出会うか？が在宅業務の拡がりに大きな影響を与える。まずはどんな時でも、何にでも対応できるように、小さなことから一歩ずつ着手していくことが重要である。地域の方々の支援の一つとして薬局が手助けすることで患者の在宅療養を下支えすることが理想ではある。

患者が住み慣れた地域でいつまでも生活できるように地域包括支援センター、地域が深く関与することで高齢者を支えられるようにしたいが、現時点ではそこまでは到達していない。

■在宅業務の推進に向けて国や薬剤師会に期待する役割

100人いれば100通りあると言われる在宅業務。

在宅に期待される内容は、患者個人だけでなく地域によっても異なるはず。

- ・一般的な枠に入りきらない地域特有の問題に取り組む薬局薬剤師を取り上げ評価する仕組みがあれば、地域包括ケアシステムにつながっていくのではないか？
- ・仙台市薬剤師会の積極的な取り組み（各種ワークショップ、地域の健康相談会、仙台市との連携など）に感謝している。地域でのかかわり方を学び参加する場を与えてもらえる。

8. 御代の台薬局音羽店

■御代の台薬局 音羽店の基礎情報

所在	東京都文京区
開設年	2014年
在宅業務開始時期	2015年6月
薬剤師数	(常勤) 1人 (非常勤) 2人 (常勤換算) 1.3人
在宅業務を担当する薬剤師の数	(常勤) 1人 (非常勤) — (常勤換算) —
処方箋枚数(2019年7月)	793枚
処方箋集中度	75%

御代の台薬局音羽店は首都圏を中心に91店舗を展開するみよの台薬局グループの中の薬局である。平成28年総合メディカル株式会社によるみよの台薬局グループの株式取得に伴い、総合メディカル株式会社の傘下となった。

みよの台薬局グループ全体の調剤における3分の1程度は在宅業務となっており、在宅業務はグループのほとんどの店舗で実施している。10年ほど前から施設向けの仕事なども増えてきている。方角ごとに訪問日程や担当を割り振って対応している。

グループの方針として在宅業務に注力しており、店舗によってはドライバーを置いている。ドライバーは荷物配送の担当も兼ねており、グループ全体で10名以上在籍している。

音羽店は常勤薬剤師が1名のみのため、訪問件数は2~3件が限界である。基本は隔週で訪問するほか、臨時対応も行う。在宅業務を担当するのが管理薬剤師であるため、自転車で行ける近距離の範囲に訪問している。

■在宅業務を始めたきっかけ

法人としては北区の地域密着型の薬剤提供を始めたのが発祥である。20年ほど前から在宅業務を始めているが、その当時から前社長と在宅業務に取り組む医師との関係構築が進んでいた。在宅業務に興味のある医師が休診日等に往診を行い、その調剤を請け負う形でスタートした。当初は休診日やお昼の時間だけ在宅診療を行う医師が多かったが、徐々に在宅専門の開業医も増え、そうした医師との関係性ができてきた。

こうした背景を踏まえ、みよの台グループの法人本部にも在宅医療部ができ、関係性のある医師からの調剤依頼を取りまとめるようになった。在宅医療部は、住所に応じて法人内の薬局を割り当てるほか、新たな介護施設ができた場合の担当薬局をどこが担うかなども差

配している。

■在宅業務の利用者像

在宅業務のを利用する方の多くは、通院が困難な方や、胃ろうなどの思い方、薬剤の管理ができない方である。また、家族が取りに来られないような独居・老老介護のケースも多い。疾患については幅広く、特に傾向は見られない。外来に来院した患者について薬剤師の判断で在宅業務を勧めることもあるが、頻度としては多くない。

■在宅業務の実施内容

在宅業務を行う上で見ているのは、コンプライアンスが守られているかや、医師の指示や服薬目的・服薬の必要性を理解しているかどうか、副作用や気になることがないかなどである。残薬や重複服薬を防ぐため、ほかに薬や市販薬がないかなどは確認している。備品や衛生材料の持参を頼まれることもあるが、そうした際に患者の状態を聞かせてもらうようにしている。

ターミナルケアや輸液の管理なども行っているが、これらは通常慢性疾患と異なりケアの難易度が高い。看取りまで求められるケースには、最後 2 日に 1 回程度まで訪問頻度が増える。介入度合いが高まるほど、立ち入って良いところとそうでないところの線引きが難しいが、看取りに向けた協議に向けては薬の話が中心となるので、薬剤師が積極的に関わるべき分野だと考えている。

■在宅業務を行う上での工夫・制度の活用状況（サポート薬局制度の活用）

サポート薬局制度を活用しているが、グループ内の薬局で近いところをお願いすることが多い。これまでグループ外の薬局に依頼をしたケースはない。

営業時間外の場合や、どうしても人を出せない時をお願いする。年末年始やゴールデンウィークの利用が多い。使用頻度としては 2 年間で 1 回程度とそこまで多くない。営業時間外や休日はグループ内で当番制にして在宅専用電話を回し、24 時間応需可能な体制を築いている。

グループ内である程度分担する仕組みはあるものの、薬局の商圈と生活圏は一致している方が良いと思う。移動時間がかかったり、移動手段にも限りが出たりする。夜間で遠方の対応となると移動コストもかさんでしまう。

サポート薬局制度の認知度が低いのも課題であろう。周囲の医療職にも、緊急に必要な時は他の薬局も行けるような体制を整えているということは伝えているが、どの程度理解されているかはわからない。

また、法人外と連携しているようなケースはどのように行っているのかは知りたいとのことであった。

■多職種連携

在宅の場合は、家族関係やヘルパーの入り方などによっても対応が異なるため、対応方法を確立していくことが求められる。特に難易度の高い患者の場合は、ケアマネジャーとの連携が重要になる。サービス担当者会議などで顔の見える関係を構築することで、患者の予定や他のサービスの利用状況、家族関係などが明らかになり、管理の仕方が明瞭になることもあるため、ケアマネジャーとの連絡体制の構築は質の高い在宅業務を行う上で肝となる。

日頃在宅業務を行う上で、医師やケアマネジャーには毎回、訪問時に報告書をお送りしている。現状システムの導入はなく、基本は連携の方法は FAX か電話である。他の介護系事業所は LINE で情報共有を行っているようだが、会社の方針でそこに入ることはできていない。ただ、その連携のネットワークがあるために、誰か一人に連絡すれば患者に関わる全員に情報が共有されるため、利便性は高いと思っている。

現状退院時カンファレンスなどの参加はしていない。サービス担当者会議には時間が合えば参加している。顔の見える会議は在宅医療部の部長級が参加しているが店舗薬剤師は多忙のため参加していない。地域ケア会議などは、参加した方が情報をもらえるのと、つながりができるので参加した方が良いとは思いますが、業務多忙が理由で難しいのが現状である。地域の薬剤師会が関わっていれば、そういう声掛けは起きることが多いが、現状では声はかかっていないように思うとのことであった。

■在宅業務を実施する上で求められる薬剤師の経験や能力

在宅業務を行う上で必要となるのは現場での経験である。御代の台薬局でも、店舗でケースを見ていく中で勉強をしつつ、同行研修は必ずいくようにして育てている。最初は FAX をもらって調剤をしてお薬カレンダーを持っていくなどの基本的な行為から行うようになる。慣れていくにつれて段々と難易度の高いケースも扱うようになる。

御代の台薬局における研修の体系としては、3日ほど研修を受けた後に、2か月ほど現場配属を経験する。現場の感覚をつかんだ後に再度研修を行い、調剤や在宅業務について学ぶ。

一方、癌や終末期などの専門知識が求められるケースにおいては、医療機関での勤務経験があった方がスムーズだろう。特に麻薬の扱いには慎重になるので、知識と経験が必要になる。輸液の取り扱いもまた難易度が高い。最初に病院に勤務して、ある程度慣れてから在宅業務を提供するという体制の方が望ましい。

在宅業務を実施する上で、調剤薬局にいただけでは見えないものも多い。看取りの場面などは際たる例であろう。通常業務との大きな違いは、実際に家に入って、生活面も含めて見て状態に応じて対応しなければならないという点である。調剤業務だけでなく、生活全般の介入や、コミュニケーションの取り方なども学んでいかなければならない。また、全診療科をカバーする必要があるため、幅広い疾患への知識も必要となる。

■在宅業務普及の上での課題

地域で在宅診療を行っている医師との関係構築が進んでいないと在宅業務は進まない。

在宅業務は増やしすぎても採算は取れないし、少なくすぎてもうまくいかないというのも課題である。施設の場合は、往診に同行するなどしても良いが、やりすぎると赤字になってしまう。算定できていない訪問はある。医療材料を自費で持ってきてほしいと言われることもある。揃えなければいけない医薬品・医療材料も多いため、デッドストックも多い。患者側の支払い意向の問題もある。

一方で、在宅業務の目的を理解していない薬剤師も多い。在宅業務に本気で向き合うには、覚悟が必要になる。最近は教材も増えてきており、在宅業務の知識は得てきているが実践には結びついていない状況であろう。

■在宅業務の推進に向けて国や薬剤師会に期待する役割

在宅業務では患者が戸惑うことも多いため、在宅業務そのものの認知度を高めてもらう必要がある。患者、医療・介護職の双方の理解を深めることが必要であるため、わかりやすい在宅業務のフローとオプションが示されているようなものがあるとよい。すでに概念的な図などはあるが、もう少し具体的なもので、ケアマネジャーをどう決めるか、誰と何を相談するれば良いのか、どんな選択肢があるのかなどが分かりやすくなっているものが必要である。その中で、薬剤師の位置づけや役割についても定義してもらいたい。薬剤師は薬を届けるだけだと思っている患者さんもいる。薬剤師が在宅業務に関わることのメリットも併せて、もっと薬剤師のやるべきこと・やれることを周知してほしい。

第4章

総括

1. 総括

本調査研究は、「薬剤師の在宅業務」の実施状況等の実態を把握し、薬剤師の在宅業務を実施できている薬局の特徴や、地理的要因、医療機関の機能的な位置づけの差異を分析することを目的として実施した。また、同時に、地域包括ケアシステムへの薬剤師の参画の拡大という課題について、解決の糸口を見出すことも目指している。

薬剤師を取り巻く政策的議論としては、2019年12月に「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律等の一部を改正する法律」が公布される等、住み慣れた地域で患者が安心して医薬品を使うことができるようにするための薬剤師・薬局のあり方の見直しが行われた。ここでは、薬剤師の担うべき役割が明確にされ、服用期間中のフォローアップを義務付けるほか、入退院時の医療機関との情報連携や、在宅医療など一元的・継続的に対応する薬局を「地域連携薬局」として認定するなど、重複投薬や相互作用を確認し、医薬品の適正使用を推進する観点でも、その役割は大きくなったと言える。

今後は、大規模病院において、これまでは病院で診てきた患者であっても在宅に戻す流れが増えていく。院内の医師の意識を変えていき、患者を早めに自宅に帰す働きかけも必要になってくる。この流れに従えば、在宅患者はこれまでのように安定した患者ばかりではなくなるため、薬剤師にも、まずは病態を診る力が必要となる。実際、検討会の中では、これまで病院薬剤師も、薬剤師は薬剤については詳しいが病態と結びつけるところが弱いと言われてきた。病態をしっかりと見て、薬剤が患者にどう影響を及ぼしていくのかを経験の中で学び、医師に対して根拠を持って強く発言できる薬剤師を輩出できると安泰といったご意見もあった。

このような観点からも薬剤師がより積極的に地域包括ケアシステムに関与し、在宅療養の推進を図る上でも、現状の薬剤師の在宅業務の実態を明らかにすることは重要である。そのためにも、薬剤師が在宅業務として担うべき業務の詳細な内容やその方法等の実態を具体的に把握するとともに、現状の課題を明らかにし、その乗り越え方を検討する意義は大きい。

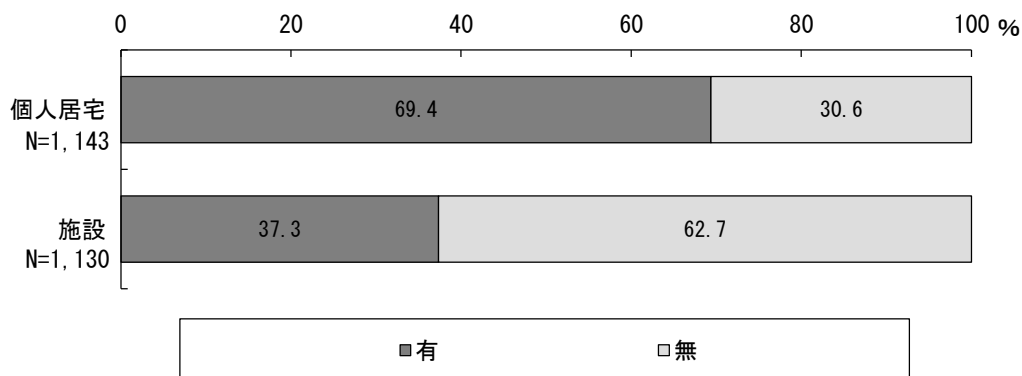
そこで、本調査研究では、まず薬剤師の在宅業務の実態について述べ、続いて多職種連携・医療機関との連携の実態、薬剤師の在宅業務の課題や求められる支援について順を追って考察する。

①在宅業務の実施状況

薬剤師の在宅業務については、本調査では地方厚生局への訪問薬剤管理指導届が出ている薬局を対象としたアンケートを実施しているため、実態よりも高い比率ではあるが、個人居宅で7割程度、施設で4割弱という結果となった。

(参考：平成30年度「かかりつけ薬剤師・薬局に関する調査報告書」においては、在宅業務を行っていると回答したのは55.0% (n=2,006)。

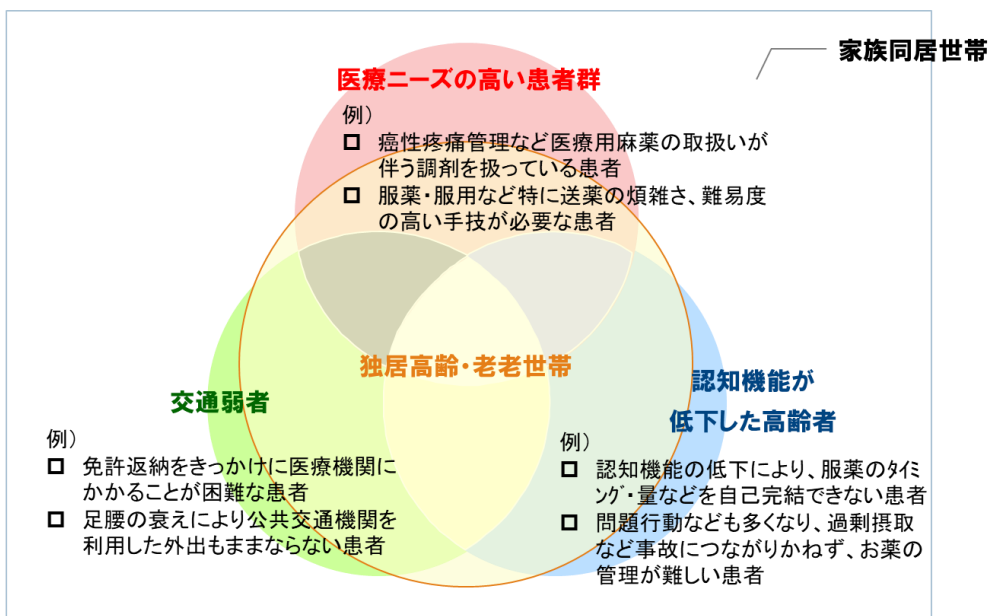
図表 150 アンケート調査:問 16 訪問の実施経験の有無



本調査研究を通じ、在宅業務を必要とする患者像は下図のように整理される。

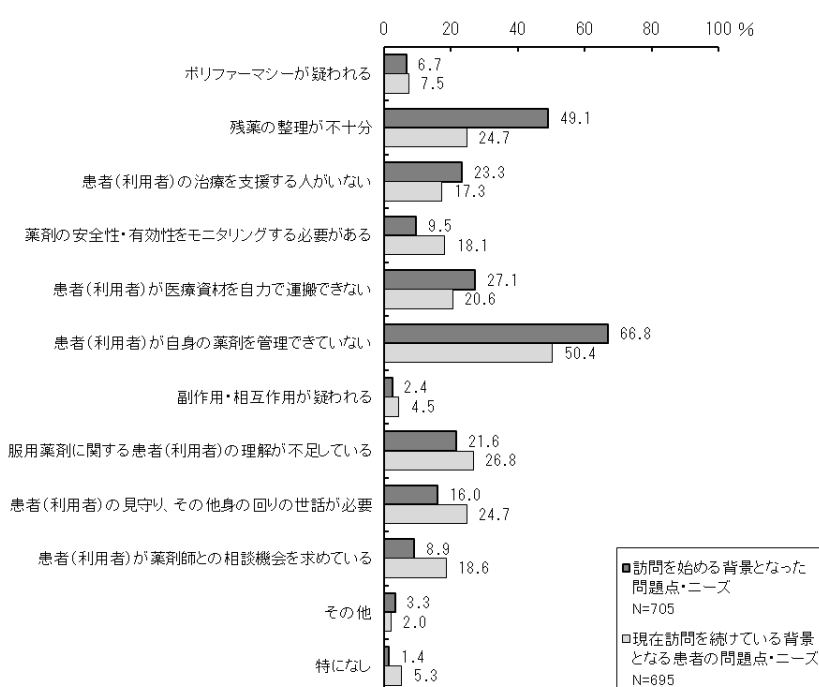
多くの場合、医療用麻薬の取扱いが求められるなどの医療ニーズが高い患者、免許返納や疾病・身体衰弱に伴い外出困難となった患者、認知機能が低下し服薬の自己管理が難しくなった患者や、独居あるいは老老介護の世帯で服薬管理が難しい患者のいずれかまたはそのすべてにあてはまる。

図表 151 在宅業務の利用者像



それぞれのパターンで必要とされる薬剤師の在宅業務の内容は異なるが、薬剤師へのアンケート調査の中でも、上図を指示する結果となっていることは明らかであった。患者の薬剤管理上の問題点・ニーズ（きっかけ・現状続けている理由）についての設問において、最も回答が多い項目は、「患者（利用者）自身の薬剤を管理できていない（66.8%（きっかけ）、50.4%（現在続けている理由）」、次いで「残薬の管理が不十分（49.1%、24.7%）」、「患者（利用者）が医療資源を自力で運搬できない（27.1%、20.6%）」となっている。在宅業務を必要とする患者の多くが、自身で薬剤の管理ができなくなってしまうケースが多いことを示している。

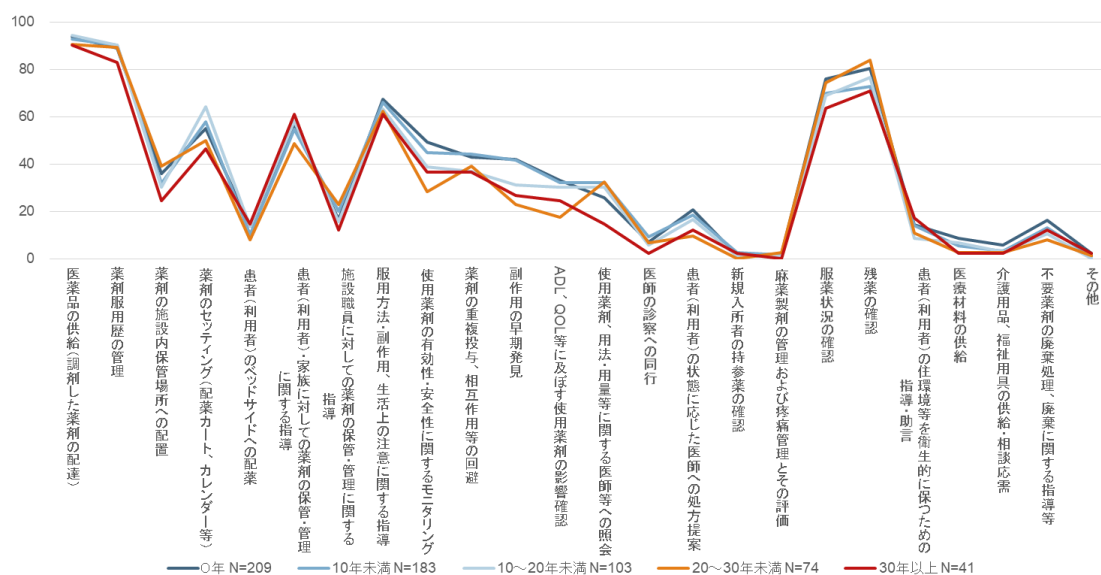
図表 152 アンケート調査:問 15 薬剤管理上の問題点・ニーズ(3つまで複数回答)



次に、薬剤師が在宅業務を実施するにあたって求められる能力や経験について述べる。当初、調査の初期段階では医療機関において患者の看取りなど、終末期医療に携わった経験を持った薬剤師の方が在宅業務を実施する際に有利ではないか、といった仮説を基に調査を進めた。しかし、アンケート、ヒアリング調査からは有為な差は得られず、定性情報からも、経験や実績はあるに越したことはないが無い場合であっても在宅業務を十分に実施できる旨が分かった。詳細は前段の第4章にて紹介している。

図表 153 アンケート調査:

問 23A 医療機関勤務経験年数×問 23G 実施した業務内容(個人居宅)



薬剤師としての勤務経験年数で見ると、20年未満の薬剤師の方が全般的に20年以上の薬剤師よりも個人居宅において実施している在宅での業務内容が多いことが判明した。若手薬剤師が在宅業務の現場で活躍している様子がうかがえるとともに、近年の教育制度改革で、薬剤師の在宅業務に関する教育が進んだことが一因と推察される。

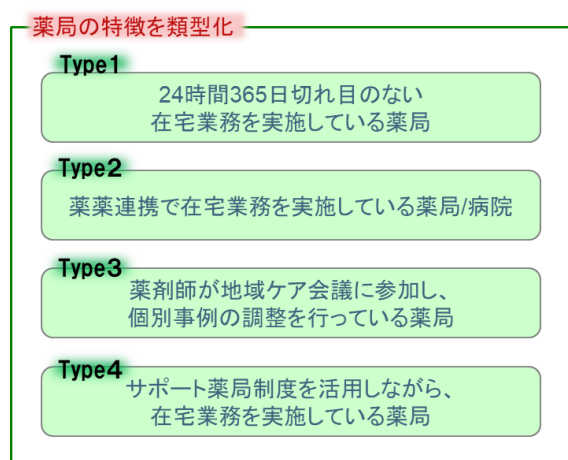
ただし、薬剤師が患者宅を訪問し薬物治療の管理に携わるようになるまでには、患者側との距離感の詰め方や関係構築の仕方など、経験に基づくノウハウが存在している可能性もヒアリング調査を通じて確認した。中には、患者との関係構築のために毎日自宅に通ったり、訪問介護員や訪問看護師、ケアマネジャーなどが訪問しているタイミングを敢えて狙って訪問するなど、患者に関する情報交換の機会を求めに行くケースも見られた。一方で、他の職種との協力関係を築く上で、薬剤師にしか気づけない情報は何か、それぞれの職種がどういった情報を求めているのか、患者側の潜在的ニーズに対してどういった手立てを講じるのかなど、継続的に整理していかねばならない事項も明らかになったとも言える。

なお、実際に在宅業務を実施するに当たっては、医薬品を届ける、服薬支援をするだけに留まらず、患者の生活状態や、他のサービスの利用状況、疾病の状況など総合的にとらえた上で、剤形や服用方法、服薬タイミングなど患者の薬物治療を簡便かつ適切に実施できるよう支援するところまでが求められている。本調査研究では、薬剤師が在宅業務を実施する意義について改めて考えた上で医療を提供することの重要性に関する意見も多く見受けられた。

また、薬剤師が在宅業務を提供している薬局は下記のように分類することができた。それぞれ、ヒアリングを実施した調剤薬局は、薬剤師数が最低で3名、多いところで20人

と規模の大小に関わらず在宅業務が提供可能であるものの、外来業務を抱える調剤薬局においては薬剤師数が1,2名であるとシフト調整などの関係で運営に支障が出る可能性が垣間見えた。なお、規模面でのビハインドをカバーする点でType4のサポート薬局制度を活用している調剤薬局の存在が予想されたが、実際のところはその大半が同一グループ・系列の薬局であることがアンケート調査・ヒアリング調査からも示唆されている。在宅訪問時の取り分の調整や、サポート薬局として協定を結ぶ際の事務手続きの煩雑さが別法人間での協力関係の構築を阻害している側面が垣間見えた。

図表 154 在宅業務を実施してる薬局の類型



②他の職種・医療機関との連携について

薬剤師が在宅業務を通じて、医療機関と連携しているケースと他の職種と連携しているケースの2種類があった。本調査研究に限れば、薬剤師が連携を実現するために必要なことは地域に出ていこうとする思いや行動力がすべての鍵を握っていると考えられる。ここでは、薬業連携の実態と、薬剤師と他の職種による多職種連携の実態について述べる。

②-1.薬業連携

本調査において薬業連携が奏功している地域は、地域の基幹病院または中核病院との密接な関係構築ができている医療機関・薬局であった。薬業連携を実現する上で必要になることは、継続性を保った適切な薬物治療を実施できるかであり、入院時・退院時にかかりつけ薬剤師との間で双方が、医療提供に際して必要な情報が何かを理解していることが求められている。たとえば、入院時であれば、患者が処方されている薬剤をリスト化し、残日数などを入院時まで揃えるなどの工夫が求められる。一方、退院時であれば、まずは調剤薬局側の薬剤師が病院薬剤師と情報交換をできる環境を整備しつつ、退院後の患者の薬剤に関する留意点や、入院中の処方薬や服用の仕方などを把握する仕組みが求められていた。

しかし、いきなりこうした仕組みづくりを行うのではなく、まずはこれらの仕組みを動かすための土台作りが重要であると言えよう。実際、薬薬連携の実施に当たっては、地域ごとに在宅療養を支えてくれる薬剤師、調剤薬局があるのかといった医療資源の把握、次いで、病院または薬局側が顔見知りの関係を構築することが下地として必要不可欠であると考えられる。その上で情報を共有する際に用いる情報共有の枠組みや仕組みを準備することで地域での薬薬連携が機能することが示唆されたと考える。

②-2.多職種連携

薬剤師の地域における他の職種との連携は、概ね医師、ケアマネジャー、訪問看護師との間で成立していることが多い。患者の状態にもよるが、たとえば癌性疼痛の管理など医療用麻薬の扱いが必要となるような終末期医療においては医師や訪問看護師、一方で認知症や交通弱者の場合であれば、ケアマネジャーへの情報共有の位置づけが重みを増している。

ヒアリング調査では、多職種連携の重要性を感じているものの調剤薬局の外来業務に追われるため、物理的に地域ケア会議やサービス担当者会議への参加は叶わないことが多いとの声もあった。一方で、参加できている薬剤師は単独で在宅業務を実施するよりも多くの患者情報やその周辺情報を得ており、その分、在宅業務の質の向上にも寄与したものと考えられる。

特筆すべきは、薬剤師が地域の他の職種と関係を構築するにはケアマネジャーが鍵を握っていることが多いことである。実際、本調査で好取組事例を調査する範囲では、薬剤師が地域包括支援センターに患者相談をしたり、偶然処方薬を届けるようになった施設のケアマネジャーと医薬品に関する相談に乗るようになったりしたことを契機に、地域ケア会議やサービス担当者会議に呼ばれるようになったケースも見られるなど、ケアマネジャーとの関係構築に始まり、サービス担当者会議等を通じて他の職種にまで関係を広げられたケースが複数見られた。

また、退院前カンファレンスについても、検討会の中で意見交換がなされた。退院前カンファレンスに薬剤師が参加したくても招集されないといった問題を本調査研究の中でも指摘した。同時に、検討会ではケアマネジャーとしても退院前カンファレンスやサービス担当者会議に参加してもらえるのであれば、積極的な参加を望んでいるという意見があった。退院退所加算は、ケアマネジャーに加えて在宅療養を担う医療従事者が二名以上出席しないと算定できないので、ケアマネジャーとしては薬剤師の積極的な参加は喜ばしい。一方で、ケアマネジャーとしても、誰に声をかければよいのかが分からないという問題もある。また、薬剤師側は退院前カンファレンスに出ても、薬局側が加算をとることはできないため、こういった状況は薬薬連携のためにも何らかの手立てが必要であると言える。

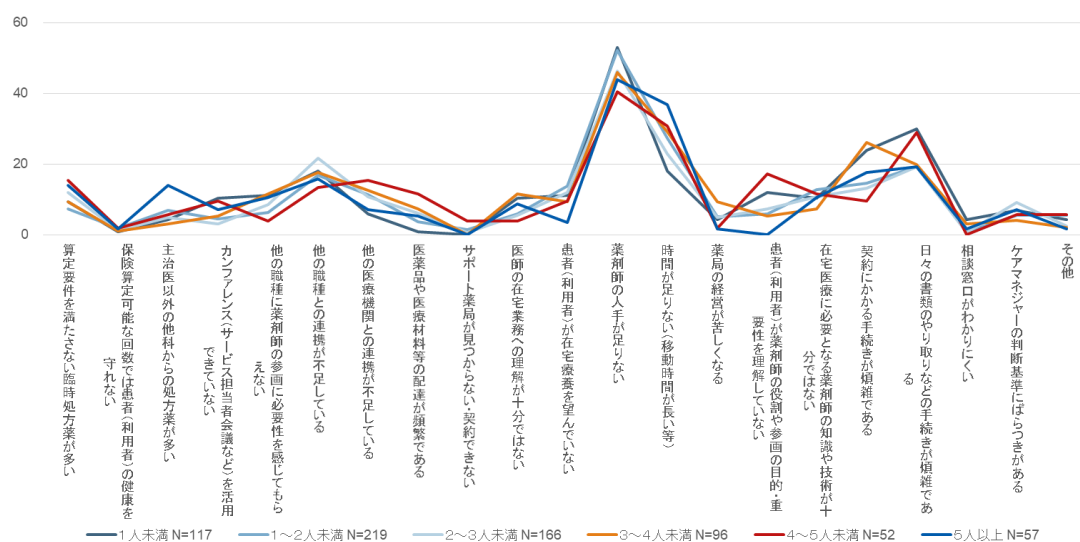
③薬剤師の在宅業務の課題・期待される支援

薬剤師による在宅業務がなぜ進まないのかについて、アンケート調査では個人居宅であれば「薬剤師の人手不足」が最多で、次いで「医師の指示がない」、「患者（利用者側）のニーズがない」といった項目が上位に来た。一方の施設系では、「施設側のニーズがない」が最多で、次いで「医師の指示がない」、「薬剤師の人手が不足している」がつづいている。

実際、ヒアリング調査でなぜ在宅業務が普及しないのかを訊ねると、そもそも患者（家族を含む）側が在宅業務について理解をしていないがために算定ができない、書類作成が煩雑、といった調剤薬局の人数規模に関わらず指摘されていた。また、終末期など細やかな薬剤管理が必要なシーンでは、訪問回数があつという間に月の算定上限を超えてしまう、感染症などに伴う算定疾患以外を理由とする緊急的な訪問では算定を受けられないといった課題も指摘されていた。

図表 155 アンケート調査:

問 1 (4) 薬剤師数(常勤換算)×問 20 在宅業務を行う上での問題点



また、この他にも患者ではなく、他の職種に対して、薬剤師が在宅業務に関与することによる効果が浸透していないと指摘する声も少なくない。好取組事例でもあったように、薬剤師が在宅業務に関与することによる効果を、ケアマネジャーをはじめとする他の職種と共有し、地域で対応可能な薬剤師とつながりを求めていくことが薬剤師の在宅業務の推進に当たっては重要と考えられる。薬剤師の在宅療養への参画により、薬物有害事象の発見と改善につながる事が示されている（平成 27 年 11 月 11 日中医協資料等）。

一方で、薬剤師側も受け身の姿勢では連携は始まらない。好取組事例にもあったように、地域のケアマネジャーや病院薬剤師などと勉強会等を通じて関係を深めることで、その後

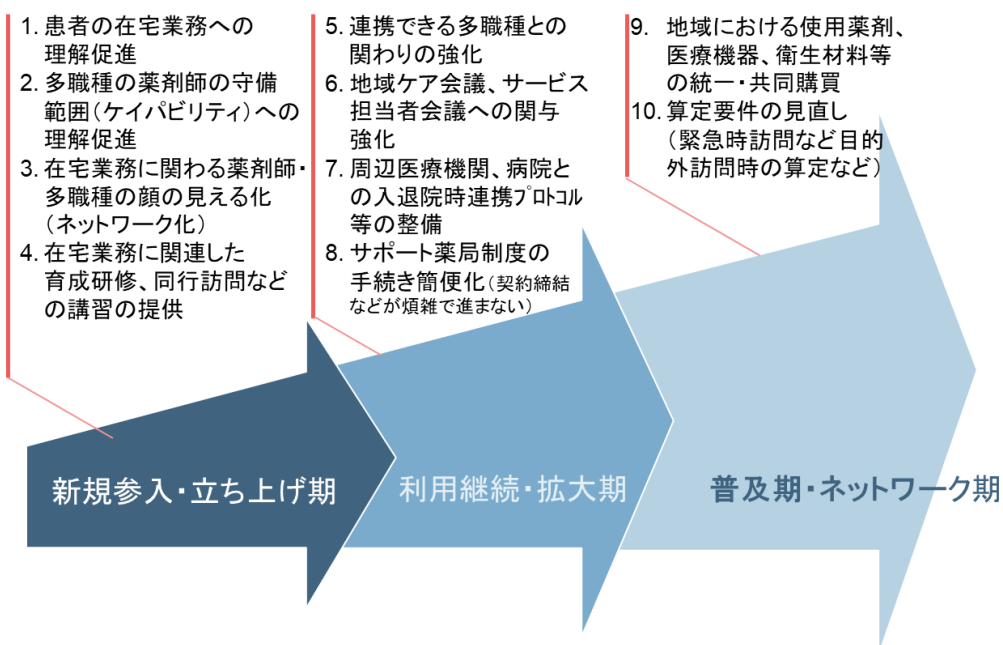
の連携がうまくいったケースもある。薬剤師側の他の職種とつながろうとする少しの勇気が現状を打開していくのではないだろうか。

④ 薬剤師の在宅業務の普及促進に向けた施策イメージ

薬剤師の在宅業務については、新規参入・立ち上げ期において重要な施策として、ヒアリング、検討会ともに、その重要性を他の職種、患者に認識してもらうことが重要といった意見が挙げられた。実際、薬局薬剤師が処方提案しても、医師などの受け入れ側に薬剤師の意見を軽んじる者が一定数存在するという意見もあり、検討会ではそのような風潮を変える努力を要するといった言及もあった。

図表 156 在宅業務の拡大に向けたステージ別施策(案)

在宅業務の拡大に関連し求められる支援ニーズ



このほかにも、情報連携について重要ではあるものの、病院薬剤師からは保険薬局と情報連携するメリットがあるとは思えないといった意見も出ており、薬剤師間での意識の乖離を埋めていく必要性についても意見交換がなされた。多職種間での理解の促進も重要ではあるが、本当は薬剤師同士での理解も広げる必要がある。今後は、在宅業務の拡大に関連し求められる支援ニーズについて、薬局薬剤師間・薬局間での連携についての議論を進める必要があると考えられる。

次に、利用継続・拡大期について述べると、上手く病院内で連携できている薬剤師は、ルーチン化でできるタスクについて、パスやプロトコルなど医師との取り決めを作るところからはじめ、その間に経験値を積んで徐々にできる範囲を増やしている。まずは、こう

したところから始めていかなければならないという課題感を、薬剤師に認識させることも、薬剤師会に求められているのだろう。薬局が困難事例に取り組むのを促進する意味でも、機能強化型訪問看護ステーションや特定事業所加算を算定している居宅介護支援事業所との連携がある。

それと同様に、居宅介護支援と同様に週に一回は困難事例の検討をする、地域ケア会議に年に数回は出ることなどを条件に、困難な事例を何事例か経験することに対して薬局に加算がつくようなシステムを作れば、薬剤師が積極的に在宅業務に取り組めるようになるといったご意見もあった。

サポート薬局制度に目を向けると、同じグループ内ではサポート薬局制度を活用しやすい一方で、グループの垣根を越えてサポート薬局制度を利用するのは難しいという実態も本調査を通じて明らかになった。病院の薬局と薬局の薬剤師の間以外で、薬局間の連携が在宅業務をやっていく上では必須になってくることから、将来的にも薬局同士がライバル関係になることは避け、協力し合える体制を構築することが望ましい。検討会の中では、地域の中に基幹となる在宅薬局を作っていくと同時に、サポート薬局の要件や仕組みが地域の緊急訪問の実態と乖離したものになってしまっている状況を踏まえ、現行のサポート薬局の仕組み自体を見直す必要性について言及があった。

最後に、本調査研究を通じ、質の高い在宅医療・介護連携、ひいては地域包括ケアシステムの実現にあたり、薬剤師が在宅療養を営む患者を、薬学的に支援することの重要性、また医療・介護の連携の推進において、それぞれの専門職が有する手技・知識・経験が、患者に適切なタイミングで適切に発現することの重要性が改めて浮かび上がる結果となったと考えている。本調査研究が、今後の薬剤師の在宅業務の普及促進の一助となることを願ってやまない。

参考資料 アンケート調査票

【令和元年度 老人保健健康増進等事業】

地域包括ケアシステムにおける薬剤師の在宅業務に関するアンケート調査

ご記入にあたってのお願い

1. 調査対象およびアンケート回答者

令和元年(2019年)7月1日時点に存在する全国の薬局から抽出してお送りしております。
薬局で実施している在宅業務の内容について把握している薬局長、その代理の職にある方、
または管理薬剤師の方にご記入いただく想定で作成しています。

2. 記入および返信の方法

ご記入いただく筆記用具は、鉛筆、ボールペンなど、どの様なものでもかまいません。

ご記入後は、同封の返信用封筒に封入の上、令和元年9月9日(月)必着でご返送ください。

3. ご回答いただいた情報について

ご回答いただいた内容は、すべて統計的に処理し、個人または法人を特定できる形で調査票の情報を外部に出したりすることはございません。

ご多忙のところ大変恐縮ですが、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

貴薬局は在宅業務を実施していますか。あてはまる選択肢に○を付けてください。

在宅業務の実施有無	実施している・実施していない
-----------	----------------

【本アンケートの構成と回答範囲】

構成	ページ	設問番号	実施薬局	未実施薬局
I. 貴薬局の概要	2~4	問1~5	●	●
II. 外部環境	5	問6	●	●
III. 実施している在宅業務	6~13	問7~21	●	問16、20、21のみ
IV. 特養への訪問の実施状況	14~15	問22	●	●
V. 薬剤師による在宅業務の詳細	16~19	問23	●	—
ご連絡先	19	—	●	●

※在宅業務の実施の有無によって、「●」の設問にお答えください。

※なお、本アンケートで「居宅療養管理指導」とあるのは、「介護予防居宅療養管理指導」も含まれます。

本調査に関するお問い合わせ先

(株)野村総合研究所 グローバル製造業コンサルティング部
 担当: 木島(きじま)、下松(したまつ)、横内(よこうち)
 TEL: 070-7530-8968、070-3631-7797 (平日 09:30~18:00)
 E-mail: contact-ph-zaitaku@nri.co.jp

I. 貴薬局の概要 ※2019年8月1日時点の貴薬局の状況を記入してください。

問 1. 貴薬局の基本情報をお答えください。

(1) 所在都道府県・市区町村	都・道・府・県 市・区・町・村			
(2) 貴薬局店舗の開設年	西 暦	年		
(3) 貴薬局店舗で初めて在宅業務を開始した時期	西 暦	年	月	
(4) 勤務している 薬剤師の人数	勤務している薬剤師数		常 勤 人 非常勤 人 常勤換算数(※1) 人	
	勤務している薬剤師のうち、在宅業務を実施することがある薬剤師数		常 勤 人 非常勤 人 常勤換算数(※1) 人	
	在宅業務を実施することがある薬剤師のうち、医療機関に勤務した経験がある人数とその平均勤務年数 (※実習期間は除く)	人数	常勤換算数(※1)	人
		医療機関における平均勤務年数		年
(5) 処方箋枚数(2019年7月の1か月間)			枚/月	
(6) 処方箋集中率(※2)			%	

※1:常勤薬剤師数は 下記の(イ)+(ロ)で算出される数をお答えください。

貴薬局における実労働時間が

(イ)週 32 時間以上である保険薬剤師は 1 名とする。

(ロ)週 32 時間に満たない薬剤師は、実労働時間を 32 時間で除した数とする。

※2:処方箋集中率については、2019年7月の1か月間に最も多く処方箋を受け付けた医療機関からの受付回数を、全医療機関からの受付回数で除した数(小数点以下第二位を四捨五入して小数点以下第一位まで)をご記入ください。

問 2. 貴薬局の経営について、お答えください。

(1) 店舗形態(1つに○)	1. 薬局のみ 2. 薬局とドラッグストア等店舗販売業の併設 3. その他(具体的に: _____)		
(2) 開設主体(1つに○)	1. 株式会社 2. 有限会社 3. 持分会社 4. 個人 5. 社会福祉法人 6. 医療法人関係 7. (一般)財団法人・社団法人 8. (公益)財団法人・社団法人 9. その他(具体的に: _____)		
(3) 同一経営主体による薬局店舗数(貴薬局を含めた数)			店舗
(4) 貴薬局は 24 時間対応可能な体制を構築していますか。(1つに○)	1. 24 時間対応可能な体制ではない 2. 自薬局のみで 24 時間対応可能な体制を構築している 3. 地域の薬局と連携して 24 時間対応可能な体制を構築している 4. その他(具体的に: _____)		

問 3. 2019年7月1か月間の、かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料の算定患者(利用者)数の合計値と算定回数の合計値をお答えください。

(1) 算定患者(利用者)数	人	(2) 算定回数	回
----------------	---	----------	---

問 4. 2019 年 7 月時点で、薬局間の連携による在宅業務(在宅業務を主に行っている在宅基幹薬局が対応できない際に、サポート薬局が臨時対応を行うことで点数を算定できる制度)を行っていますか。

行っている場合は、提携先の薬局の種類と合わせてお答えください。

提携している薬局が複数ある場合は、最も連携することが多い薬局についてお答えください。

(1) 制度の利用状況 (1つに○)	1. 在宅基幹薬局かつサポート薬局として行っている 2. 在宅基幹薬局としてのみ行っている	3. サポート薬局としてのみ行っている 4. 行っていない(→問 6へ)
(2) 提携先の薬局の種類(1つに○)	1. 同一経営主体(グループ内等)の薬局 2. 経営主体が異なるチェーン薬局	3. 経営主体が異なる個人薬局

問 5 は問 4 の(1)で選択肢 1.~3.を選択した方のみお答え下さい。

「4. 行っていない」を選択した方は、問 6 へお進みください。

問 5. 貴薬局における薬局間の連携による在宅業務(在宅業務を主に行っている在宅基幹薬局が対応できない際に、サポート薬局が臨時対応を行うことで点数を算定できる制度)の利用状況について、お答えください。

(1) サポート薬局が臨時に訪問薬剤管理指導を行った場合の費用の分配について、在宅基幹薬局とサポート薬局との間で分配ルールを取り決めてありますか。(1つに○)	
<p><在宅患者訪問薬剤管理指導料の場合></p> <p>1. 訪問前に一定のルールを取り決めている</p> <p>2. 訪問を依頼したとき、または依頼を受けた時に、その都度決めている</p> <p>3. 訪問後に決めている</p> <p>4. 特に決めていない</p> <p>5. その他(具体的に:)</p>	<p><居宅療養管理指導費の場合></p> <p>1. 訪問前に一定のルールを取り決めている</p> <p>2. 訪問を依頼したとき、または依頼を受けた時に、その都度決めている</p> <p>3. 訪問後に決めている</p> <p>4. 特に決めていない</p> <p>5. その他(具体的に:)</p>
(2) 問 4 の(1)で 1.または 2.を選んだ方は、在宅基幹薬局の立場としてお答えください。 3.を選んだ方は(3)へお進みください。	
A. サポート薬局に訪問を依頼した件数(2019 年 7 月の 1 か月間)	件
B. A の件数のうち、調剤もサポート薬局に依頼した件数(2019 年 7 月の 1 か月間)	件
C. 在宅基幹薬局として、サポート薬局に依頼する理由 (あてはまるものすべてに○)	<p>1. 緊急な対応が必要なため</p> <p>2. 自薬局から患家への距離が遠いため</p> <p>3. 担当薬剤師の都合がつかないため</p> <p>4. 人手が足りないため</p> <p>5. 専門性の異なる薬剤師間で役割分担するため</p> <p>6. その他(具体的に:)</p>

(3) 問 4 の(1)で 1.または 3.を選んだ方は、サポート薬局の立場としてお答えください。

2.を選んだ方は問 6 へお進みください。

A. サポート薬局として訪問した件数(2019年7月の1か月間)	件		
B. Aの件数のうち、調剤も行った件数(2019年7月の1か月間)	件		
<p>C. サポート薬局として在宅業務に従事する理由(あてはまるものすべてに○)</p>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><問 4(1)で 1.を選択した場合 (在宅基幹薬局かつサポート薬局)></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 人手に余裕があるため 2. 専門性の異なる薬剤師間で役割分担をするため 3. 連携している薬局に依頼されたため 4. 自薬局も訪問を依頼しており、相互にサポートをする関係にあるため 5. その他 (具体的に: _____) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><問 4(1)で 3.を選択した場合 (サポート薬局のみ)></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 日常的に在宅業務を行うには人手が足りないため 2. 専門性の異なる薬剤師間で役割分担するため 3. 医師の指示がないため 4. 医療機関との連携が取れないため 5. ケアマネジャーとの連携が取れないため 6. 患者(利用者)側のニーズがないため 7. 自薬局で在宅業務を行うには手続きが煩雑なため 8. 自薬局で十分な品目を揃えられないため 9. 自薬局では無菌調剤が行えないため 10. 自薬局では十分な医療材料を揃えられないため 11. 連携している薬局に依頼されたから 12. その他 (具体的に: _____) </td> </tr> </table>	<p><問 4(1)で 1.を選択した場合 (在宅基幹薬局かつサポート薬局)></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 人手に余裕があるため 2. 専門性の異なる薬剤師間で役割分担をするため 3. 連携している薬局に依頼されたため 4. 自薬局も訪問を依頼しており、相互にサポートをする関係にあるため 5. その他 (具体的に: _____) 	<p><問 4(1)で 3.を選択した場合 (サポート薬局のみ)></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 日常的に在宅業務を行うには人手が足りないため 2. 専門性の異なる薬剤師間で役割分担するため 3. 医師の指示がないため 4. 医療機関との連携が取れないため 5. ケアマネジャーとの連携が取れないため 6. 患者(利用者)側のニーズがないため 7. 自薬局で在宅業務を行うには手続きが煩雑なため 8. 自薬局で十分な品目を揃えられないため 9. 自薬局では無菌調剤が行えないため 10. 自薬局では十分な医療材料を揃えられないため 11. 連携している薬局に依頼されたから 12. その他 (具体的に: _____)
<p><問 4(1)で 1.を選択した場合 (在宅基幹薬局かつサポート薬局)></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 人手に余裕があるため 2. 専門性の異なる薬剤師間で役割分担をするため 3. 連携している薬局に依頼されたため 4. 自薬局も訪問を依頼しており、相互にサポートをする関係にあるため 5. その他 (具体的に: _____) 	<p><問 4(1)で 3.を選択した場合 (サポート薬局のみ)></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 日常的に在宅業務を行うには人手が足りないため 2. 専門性の異なる薬剤師間で役割分担するため 3. 医師の指示がないため 4. 医療機関との連携が取れないため 5. ケアマネジャーとの連携が取れないため 6. 患者(利用者)側のニーズがないため 7. 自薬局で在宅業務を行うには手続きが煩雑なため 8. 自薬局で十分な品目を揃えられないため 9. 自薬局では無菌調剤が行えないため 10. 自薬局では十分な医療材料を揃えられないため 11. 連携している薬局に依頼されたから 12. その他 (具体的に: _____) 		

Ⅱ. 外部環境

問 6. 貴薬局と周辺の医療機関・介護事業所・高齢者住まい等との関係について、お答えください。

(1) 最も近距離にある医療機関との立地関係(1つに○)	1. 診療所前 2. 診療所の敷地内 3. 大病院(400床以上)前 4. 大病院(400床以上)敷地内	5. 中小病院(400床以下)前 6. 中小病院(400床以下)敷地内 7. 医療モール内 8. 特に近距離にある医療機関はない		
(2) 主に処方箋を受けている医療機関数(2019年5~7月) ※記入者の主観で差し支えありません。	病院	診療所	施設	施設
(3) 2019年5~7月で最も多く処方箋を受け付けた医療機関の規模(1つに○)	1. 400床以上の病院 2. 200床以上400床未満の病院 3. 200床未満の病院	4. 有床診療所 5. 無床診療所 6. 不明		
(4) (3)の医療機関における在宅医療の取組の有無(1つに○)	取り組んでいる・取り組んでいない・不明			
(5) 医療機関にかかわらず、貴薬局で取り扱いの多い診療科(3つまで○)	1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 小児科 5. 眼科	6. 精神科 7. 産婦人科 8. 耳鼻咽喉科 9. 消化器科 10. 皮膚科	11. 脳神経外科 12. 麻酔科 13. その他 14. 診療科に偏りはない 15. わからない	
(6) 退院時連携を行っている病院数(1つに○)	1. 0件	2. 1件	3. 2件	4. 3件以上
(7) (6)で2,3,4を選択した方はお答えください。 退院時連携で扱うことが多い診療科(3つまで○)	1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 小児科 5. 眼科	6. 精神科 7. 産婦人科 8. 耳鼻咽喉科 9. 消化器科 10. 皮膚科	11. 脳神経外科 12. 麻酔科 13. その他 14. 診療科に偏りはない 15. わからない	
(8) 2019年7月1か月間に連絡をとりあった介護事業所・高齢者住まい等について、各事業所数・施設数をお答えください。				
居宅系	1. 居宅介護支援事業所	事業所	6. 通所介護(デイサービス)事業所	事業所
	2. 訪問介護事業所	事業所	7. 通所リハビリテーション(デイケア)事業所	事業所
	3. 訪問看護事業所	事業所	8. 小規模多機能型居宅介護事業所	事業所
	4. 訪問入浴介護事業所	事業所	9. 看護小規模多機能型居宅介護事業所	事業所
	5. 訪問リハビリテーション事業所	事業所	10. その他(具体的に:)	事業所
施設・住まい	11. 特別養護老人ホーム	施設	16. 軽費老人ホーム・養護老人ホーム	施設
	12. 介護老人保健施設	施設	17. 介護付き有料老人ホーム	施設
	13. 介護療養型医療施設	施設	18. 住宅型有料老人ホーム	施設
	14. 介護医療院	施設	19. サービス付き高齢者住宅	施設
	15. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	施設	20. その他(具体的に:)	施設
他	21. 地域包括支援センター	箇所		

Ⅲ. 実施している在宅業務

以降の設問は貴院の実施する在宅業務についてお伺いします。表紙の設問で在宅業務を「実施していない」と回答した方は問 16 にお進みください。

問 7. 貴薬局が在宅業務を行う患者(利用者)がかかっている医療機関についてお答えください。

(1) 2019 年 5～7 月で在宅業務を実施した患者(利用者)がかかっている医療機関のうち、最も患者(利用者)数の多い医療機関の規模(1つに○)	1. 400 床以上の病院 2. 200 床以上 400 床未満の病院 3. 200 床未満の病院	4. 有床診療所 5. 無床診療所 6. 不明
(2) (1)の医療機関における在宅医療の取組の有無(1つに○)	取り組んでいる ・ 取り組んでいない ・ 不明	
(3) (1)の医療機関から受ける処方箋について取り扱いの多い診療科(3つまで○)	1. 内科 2. 外科 3. 整形外科 4. 小児科 5. 眼科	6. 精神科 7. 産婦人科 8. 耳鼻咽喉科 9. 消化器科 10. 皮膚科 11. 脳神経外科 12. 麻酔科 13. その他 14. 診療科に偏りはない 15. わからない

問 8. 2019 年 7 月の 1 か月間で、貴薬局で算定している在宅業務に係る保険点数について、それぞれの算定回数をお答えください。

	保険点数	算定回数
医療保険	1. 在宅患者訪問薬剤管理指導料 単一建物居住者 1 人	回
	2. 単一建物居住者 2～9 人	回
	3. 単一建物居住者 10 人以上	回
	4. 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	回
	5. 在宅患者緊急時等共同指導料	回
	6. (上記 1～5 のいずれかに対しての)麻薬管理指導加算	回
	7. (上記 1～5 のいずれかに対しての)乳幼児加算	回
	8. 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料(残薬調整以外)	回
	9. 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料(残薬調整)	回
	10. 無菌製剤処理加算	回
	11. 在宅患者調剤加算	回
介護保険	12. 居宅療養管理指導費 単一建物居住者 1 人 ※	回
	13. 単一建物居住者 2～9 人 ※	回
	14. 単一建物居住者 10 人以上 ※	回
	15. (上記 12～14 のいずれかに対しての)麻薬管理指導加算	回
	16. (上記 12～14 のいずれかに対しての)特別地域加算	回
	17. (上記 12～14 のいずれかに対しての)中山間地域等における小規模事業所加算	回
	18. (上記 12～14 のいずれかに対しての)中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	回

※居宅療養管理指導費については、要支援者に対する介護予防居宅療養管理指導費を含みます。(以降の設問についても、居宅療養管理指導費は介護予防居宅療養管理指導を含むものとします。)

問 9～15 は、在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費の算定対象となる建物への訪問についてお答えください(介護老人保健施設や特別養護老人ホームへの訪問は含めないでください)。

問 9. 2019 年 7 月 1 か月間における、下記それぞれに該当する人数を、回数別にお答えください。

	(1) 訪問回数別 人数	(2) (1)のうち	(3) (1)のうち	(4) (3)のうち	(5) (1)のうち	(6) (5)のうち
		在宅患者訪問薬剤管理指導料 又は居宅療養管理指導費を <u>算定できなかった</u> 回数別人数	末期の悪性腫瘍 患者への 訪問回数別人数	在宅患者訪問薬剤管理指導料 又は居宅療養管理指導費を <u>算定できなかった</u> 回数別人数	中心静脈栄養法 を行う患者への 訪問回数別人数	在宅患者訪問薬剤管理指導料 又は居宅療養管理指導費を <u>算定できなかった</u> 回数別人数
0 回		人	人	人	人	人
1 回	人	人	人	人	人	人
2 回	人	人	人	人	人	人
3 回	人	人	人	人	人	人
4 回	人	人	人	人	人	人
5 回	人	人	人	人	人	人
6 回	人	人	人	人	人	人
7 回	人	人	人	人	人	人
8 回	人	人	人	人	人	人
9 回	人	人	人	人	人	人
10 回	人	人	人	人	人	人
11 回	人	人	人	人	人	人
12 回	人	人	人	人	人	人
13 回 以上	人	人	人	人	人	人

問 10. 2019 年 7 月 1 か月間に訪問した回数のうち、開局時間外に訪問した回数(延べ回数※)をお答えください。

開局時間外に訪問した回数	回
--------------	---

※例えば、開局時間外に 1 回訪問した患者(利用者)が 2 人、2 回訪問した患者(利用者)が 1 人の場合、
(1 × 2) + (2 × 1) = 4 回とお答えください。

問 11. 貴薬局が訪問している患者(利用者)のうち、在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費を算定できないことがある患者(利用者)がいる場合、点数を算定できない理由を以下の選択肢からすべて選び、番号に○をつけてください。(2019年7月の1か月間)

1. 算定要件を満たさない臨時処方薬の指導・管理のため	9. ケアマネジャーの同意を得られていないため
2. 間隔が6日以上空かないため	10. 月4回(末期の悪性腫瘍及び中心静脈栄養法以外)を超えたため
3. 主治医以外の他科からの処方薬の指導・管理のため	11. 月8回(末期の悪性腫瘍)を超えたため
4. 医師の往診に同行したため	12. 月8回(中心静脈栄養法)を超えたため
5. 医療材料等の配達のみであるため	13. その他
6. 保険薬剤師1人につき週40回を超えたため	(具体的に:)
7. 医師の指示・同意を得ていないため	14. 特になし
8. 患者(利用者)の同意を得られていないため	

問 12. 貴薬局が訪問している患者(利用者)の人数を次の属性ごとにお答えください。(2019年7月の1か月間)

(1) 年齢階級別の人数	40歳未満	人	65～74歳	人	85歳以上	人
	40～64歳	人	75～84歳	人		
(2) 要介護度別の人数	要支援1	人	要介護2	人	要介護5	人
	要支援2	人	要介護3	人	申請中	人
	要介護1	人	要介護4	人	不明	人
(3) 主傷病別人数(患者(利用者)ごとに在宅業務を実施する要因に直結するものを1つお選びください。)						
主傷病	人数	主傷病	人数			
悪性新生物	人	内分泌、栄養、代謝疾患(糖尿病を除く)	人			
循環器疾患(心不全、高血圧等)	人	糖尿病	人			
脳血管疾患(脳梗塞、脳内出血等)	人	精神系疾患(認知症を除く)	人			
血液・造血器・免疫系疾患	人	認知症	人			
呼吸器系疾患	人	皮膚・皮下組織の疾患(褥瘡を除く)	人			
神経系疾患(認知症を除く)	人	褥瘡	人			
骨折・筋骨格・結合組織系疾患	人	その他	人			

問 13. 貴薬局が訪問した建物の類型ごとに実施状況をお答えください。(2019年7月の1か月間)

建物の類型	訪問者数	訪問建物数※	患者(利用者)一人あたりの平均滞在時間 (選択肢より1つ選択)
戸建て	人	施設	
集合住宅(アパート、マンション、団地等)	人	施設	
認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	人	施設	
軽費老人ホーム・養護老人ホーム	人	施設	
介護付き有料老人ホーム	人	施設	
住宅型有料老人ホーム	人	施設	
サービス付き高齢者住宅	人	施設	
その他(具体的に:)	人	施設	

※報酬上の「単一建物」を1として数えてください。

《選択肢》

1. 5分未満	2. 5分以上10分未満	3. 10分以上20分未満	4. 20分以上30分未満
5. 30分以上40分未満	6. 40分以上50分未満	7. 50分以上1時間未満	8. 1時間以上

問 14. 訪問にかかる片道の移動時間について、所要時間ごとの患者(利用者)数をお答えください。

(2019年7月1か月間)

徒歩・自転車・車などの移動手段は問いません。実際に要した時間で判断してください。

5分未満	人	30分以上40分未満	人
5分以上10分未満	人	40分以上50分未満	人
10分以上20分未満	人	50分以上1時間未満	人
20分以上30分未満	人	1時間以上	人

問 15. 貴薬局が訪問を始める背景となった患者(利用者)の薬剤管理上の問題点・ニーズ、および現在訪問を続けている背景となる薬剤管理上の問題点・ニーズの内でも多いものを、次の選択肢からそれぞれ最大3つまでお選びください。

訪問を始める背景となった薬剤管理上の問題点・ニーズ		現在訪問を続けている背景となる患者(利用者)の薬剤管理上の問題点・ニーズ	
---------------------------	--	--------------------------------------	--

《選択肢》

1. ポリファーマシーが疑われる	7. 副作用・相互作用が疑われる
2. 残薬の整理が不十分	8. 服用薬剤に関する患者(利用者)の理解が不足している
3. 患者(利用者)の治療を支援する人がいない	9. 患者(利用者)の見守り、その他身の回りの世話が必要
4. 薬剤の安全性・有効性をモニタリングする必要がある	10. 患者(利用者)が薬剤師との相談機会を求めている
5. 患者(利用者)が医療資材を自力で運搬できない	11. その他(具体的に:)
6. 患者(利用者)が自身の薬剤を管理できていない	12. 特になし

以下の設問においては、「個人居宅」とは、戸建てまたは集合住宅(アパート、マンション、団地等)を指します。その他の高齢者住まい等(在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費の算定対象となる建物に限る)はすべて「施設」として回答してください。

問 16. これまで貴薬局で個人居宅又は施設への訪問を実施した経験があるかどうかについてお答えください。

実施経験「無」の場合、実施していない理由をそれぞれ最大 3 つまで選び、欄内にご記入ください。

類型	実施経験の有無	実施していない理由
個人居宅	有・無	
施設	有・無	

「無」を選択した類型は【問 20,21】のみご回答ください。

《選択肢》

1. 薬剤師の人手が不足している	8. 多職種との書類のやり取りなどが煩雑である
2. 医師の指示がない	9. 患者(利用者)や医師に確認したが、必要性がなかった
3. 医療機関との連携が取れない	10. 患者(利用者)や医師に確認はしていないが 必要性を感じていない
4. 薬局の経営に不安が生じる	11. 施設側のニーズがない
5. 患者(利用者)側のニーズがない	12. 近隣に施設がない
6. 在宅医療や訪問に必要となる知識や技術が 十分ではない	13. その他 (具体的に:)
7. 在宅医療の開始にあたって必要な事務手続きが わからない	14. 特になし

以下の問 17 から 19 の設問については、問 16 で「有」を選択した類型(個人居宅/施設)についてお答えください。

問 17. 貴薬局が個人居宅又は施設で実施している業務ではまるものを全て選び、欄内にご記入ください。

個人居宅	
施設	

《選択肢》

1. 医薬品の供給(調剤した薬剤の配達)	13. 使用薬剤、用法・用量等に関する医師等への照会
2. 薬剤服用歴の管理	14. 医師の診察への同行
3. 薬剤の施設内保管場所への配置	15. 患者(利用者)の状態に応じた医師への処方提案
4. 薬剤のセッティング(配薬カート、カレンダー等)	16. 新規入所者の持参薬の確認
5. 患者(利用者)のベッドサイドへの配薬	17. 麻薬製剤の管理および疼痛管理とその評価
6. 患者(利用者)・家族に対しての薬剤の保管・ 管理に関する指導	18. 服薬状況の確認
7. 施設職員に対しての薬剤の保管・管理に 関する指導	19. 残薬の確認
8. 服用方法・副作用、生活上の注意に関する指導	20. 患者(利用者)の住環境等を衛生的に保つための 指導・助言
9. 使用薬剤の有効性・安全性に関するモニタリング	21. 医療材料の供給
10. 薬剤の重複投与、相互作用等の回避	22. 介護用品、福祉用具の供給・相談応需
11. 副作用の早期発見	23. 不要薬剤の廃棄処理、廃棄に関する指導等
12. ADL, QOL 等に及ぼす使用薬剤の影響確認	24. その他 (具体的に:)

問 18. 貴薬局が在宅業務を行う際の、多職種や患者家族との連携の状況について、お答えください。

(1) 在宅業務を行う最初のきっかけになったのは誰からの依頼であることが多いですか。
また、日頃連絡や相談を受ける相手としては誰が多いですか。選択肢からそれぞれ上位 3 つまで欄内にご記入ください。

個人居宅	最初のきっかけとなった相手	
	日頃の連絡・相談を受ける相手	
施設	最初のきっかけとなった相手	
	日頃の連絡・相談を受ける相手	

《選択肢》

1. かかりつけの医師・歯科医師	2. 他の薬局の薬剤師	3. ケアマネジャー
4. 訪問看護師・准看護師	5. 訪問介護員	6. 施設の看護職
7. 施設の介護職	8. 入院中の病院の医師	9. 入院中の病院のソーシャルワーカー
10. 入院中の病院の看護師	11. 入院中の病院の薬剤師	12. 民生委員
13. 行政職員	14. 地域包括支援センターの職員	15. 患者(利用者)
16. 患者(利用者)家族	17. その他(具体的に:)	18. 特になし

(2) 患者(利用者)を訪問する際に、他の職種と同行訪問を実施したことがありますか。(2019年7月1か月間)
『有』を選択した場合、同行した職種を選択肢から選び、欄内にご記入ください。

実施有無	有・無	同行した職種(すべて選択)	
------	-----	---------------	--

《選択肢》

1. 医師	2. 歯科医師	3. ケアマネジャー
4. 訪問看護師・准看護師	5. 訪問介護員	
6. その他(具体的に:)		

(3) 多職種と情報のやりとりをする際の手段として、頻度の高いものを、各職種につきそれぞれ3つまで欄内にご記入ください。

	訪問指示の あった医師	訪問看護事業 所の看護職員	訪問介護員	ケアマネジャー	その他 (職種:)
① 訪問結果の 報告・共有					
② ①以外のやりとり					

《選択肢》

1. 地域ケア会議での対面	2. カンファレンスでの対面	3. 電話	4. メール
5. 院内システム・電子カルテ※1	6. 文書		
7. 地域医療連携システム(システム名※2:)			
8. その他 ICT システム・クラウド等(具体的に:)			
9. その他(具体的に:)			10. 情報のやり取りを行っていない

※1 薬局と契約等を交わした医療機関の院内システムや電子カルテを、薬局が医療機関の外からアクセスし閲覧できる(セキュリティがかかった上で一部閲覧できる場合も含む)場合に、選択してください。

※2 地域で公式な名称が決められている場合はご記入ください。

問 19. 貴薬局の在宅業務による効果についてお答えください。

(1) 在宅業務を実施したことで結果的に**薬局が得たメリット**をそれぞれ 3 つまで選び、欄内にご記入ください。(3 つまで)

個人居宅	施設

《選択肢》

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 1. より詳細な患者(利用者)情報(服薬実態など)を把握できるようになった 2. 薬剤師の意識改善につながった 3. 医師を含む多職種と情報交換する機会が増えた 4. 地域包括ケアの輪に参加しやすくなった 5. 医師との関わりが増え、
医師への報告や処方提案をしやすくなった 6. 多職種との関わりが増え、
薬学的専門知識を提供する機会が増えた 7. 行政との連携が増え、
薬学的専門知識を提供する機会が増えた | <ul style="list-style-type: none"> 8. 多職種との関わりが増え、他の職種の専門性を活かした協力体制を築きやすくなった 9. 緊急時に連携できる薬局などの医療機関と関係を築けた 10. かかりつけ薬剤師・薬局の機能発揮につながった 11. 地域とのつながりが増え、薬局・薬剤師の活動を地域に知ってもらえた 12. 地域医療に貢献できた 13. 薬局の経営状態が改善した 14. 薬局を頼ってくれる患者(利用者)が増えた 15. 地域支援体制加算の算定につながった 16. その他(具体的に: _____) 17. 特になし |
|---|--|

(2) 在宅業務を行う上で**薬局の負担となっていること**をそれぞれ 3 つまで選び、欄内にご記入ください。(3 つまで)

個人居宅	施設

《選択肢》

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 1. 来局者への接客の時間が少なくなる 2. 移動時間など作業の無い時間が生じてしまう 3. 多職種の連携のための書類作成・ミーティングなどの準備のために時間を工面する必要がある 4. 残業時間が増える | <ul style="list-style-type: none"> 5. シフトの調整が困難になる 6. 薬局の経営が苦しくなる 7. 在宅業務の営業貢献度が低い 8. 経営者からの理解が得られにくい 9. その他(具体的に: _____) 10. 特になし |
|--|--|

(3) 在宅業務を行った結果、**患者(利用者)が得られたと思われる意義・メリット**をそれぞれ 3 つまで選び、欄内にご記入ください。(3 つまで)

個人居宅	施設

《選択肢》

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 1. 相談する機会が増えた 2. 複数医療機関の処方薬をまとめて管理するようになった 3. 残薬が解消された 4. ポリファーマシーが解消された 5. 副作用を回避しやすくなった 6. 相互作用を回避しやすくなった | <ul style="list-style-type: none"> 7. 薬識が向上した 8. アドヒアランスの向上につながった 9. 薬剤管理が適正化された 10. 重複投薬を避けられた 11. その他(具体的に: _____) 12. 特になし |
|--|---|

以下の問 20 と問 21 については、類型(個人居宅／施設)ごとの訪問実施の有無にかかわらずお答えください。

問 20. 貴薬局が在宅業務を行う上での問題点として、あてはまるものを 3 つまで選び、番号に○をつけてください。

1. 算定要件を満たさない臨時処方薬が多い	13. 時間が足りない(移動時間が長い等)
2. 保険算定可能な回数では患者(利用者)の健康を守れない	14. 薬局の経営が苦しくなる
3. 主治医以外の他科からの処方薬が多い	15. 患者(利用者)が薬剤師の役割や参画の目的・重要性を理解していない
4. カンファレンス(サービス担当者会議など)を活用できていない	16. 在宅医療に必要な薬剤師の知識や技術が十分ではない
5. 他の職種に薬剤師の参画に必要性を感じてもらえない	17. 契約にかかる手続きが煩雑である
6. 他の職種との連携が不足している	18. 日々の書類のやり取りなどの手続きが煩雑である
7. 他の医療機関との連携が不足している	19. 相談窓口がわかりにくい
8. 医薬品や医療材料等の配達が頻繁である	20. ケアマネジャーの判断基準にばらつきがある
9. サポート薬局が見つからない・契約できない	21. その他
10. 医師の在宅業務への理解が十分ではない	(具体的に:)
11. 患者(利用者)が在宅療養を望んでいない	22. 特になし
12. 薬剤師の人手が足りない	

問 21. 今後、在宅業務を行う上で必要だと感じる支援、および選んだ支援のうち国や都道府県に期待する支援を、選択肢からそれぞれ 3 つまで選び、欄内にご記入ください。

必要な支援	必要な支援のうち、 国や都道府県に期待する支援
-------	----------------------------

《選択肢》

1. 算定できない在宅業務に対する加算の充実	9. 地域ケア会議等の効果的な事例の紹介
2. 訪問可能回数の上限の引き上げ	10. 他の職種への薬剤師の役割の周知
3. 薬剤師の学習支援	11. 連携できる他の職種の紹介
4. 薬学部における在宅医療に関する教育の充実	12. 相談できる他の医療機関・施設・薬局の開示
5. 手続きの簡素化、支援ツールの導入	13. 多職種連携の支援・機会作り
6. オンライン技術の導入	14. その他
7. 薬剤師の業務範囲の明確化	(具体的に:)
8. 患者(利用者)への薬剤師の役割の普及	15. 特になし

IV. 特別養護老人ホームへの訪問の実施状況

問 22. 特別養護老人ホームへの訪問の実施状況についてお答えください。(2019年7月1か月間)

(1) 訪問の実施有無	有(⇒(3)~(6)をお答えください) ・ 無(⇒(2)のみお答えください)	
(2) (1)で訪問の実施が「無」の場合、訪問しない理由(3つまで○)(本問回答後は問 23へお進みください。)		
1. 薬剤師の人手が不足している	8. 多職種との書類のやり取りなどが煩雑である	
2. 医師の指示がない	9. 患者(利用者)や医師に確認したが、必要性がなかった	
3. 医療機関との連携が取れない	10. 患者(利用者)や医師に確認はしていないが 必要性を感じていない	
4. 薬局の経営に不安が生じるため	11. 施設側のニーズがない	
5. 患者(利用者)側のニーズがない	12. 近隣に施設がない	
6. 在宅医療や訪問に必要となる知識や技術が 十分ではない	13. その他(具体的に: _____)	
7. 在宅医療の開始にあたって必要な事務手続きが わからない	14. 特になし	
(3) (1)で訪問の実施が「有」の場合、2019年7月1か月間の 訪問者数、訪問施設数、薬剤服用歴管理指導料3(特養訪問)の算定回数をお答えください。		
訪問者数	訪問施設数	薬剤服用歴管理指導料3(特養訪問)の算定回数
人	施設	回
(4) (1)で訪問の実施が「有」の場合、実施業務内容を選択してください。(あてはまるものすべてに○)		
1. 医薬品の供給(調剤した薬剤の配達)	13. 使用薬剤、用法・用量等に関する医師等への照会	
2. 薬剤服用歴の管理	14. 医師の診察への同行	
3. 薬剤の施設内保管場所への配置	15. 患者(利用者)の状態に応じた医師への処方提案	
4. 薬剤のセッティング(配薬カート、カレンダー等)	16. 新規入所者の持参薬の確認	
5. 患者(利用者)のベッドサイドへの配薬	17. 麻薬製剤の管理および疼痛管理とその評価	
6. 患者(利用者)・家族に対しての薬剤の保管・管理に 関する指導	18. 服薬状況の確認	
7. 施設職員に対しての薬剤の保管・管理に関する指導	19. 残薬の確認	
8. 服用方法・副作用、生活上の注意に関する指導	20. 患者(利用者)の住環境等を衛生的に保つための 指導・助言	
9. 使用薬剤の有効性・安全性に関するモニタリング	21. 医療材料の供給	
10. 薬剤の重複投与、相互作用等の回避	22. 介護用品、福祉用具の供給・相談応需	
11. 副作用の早期発見	23. 不要薬剤の廃棄処理、廃棄に関する指導等	
12. ADL,QOL等に及ぼす使用薬剤の影響確認	24. その他(具体的に: _____)	
(5) (1)で訪問の実施が「有」の場合、訪問を行う最初のきっかけになったのは誰からの依頼であることが多いですか。 また、日頃連絡や相談を受ける相手としては誰が多いですか。選択肢から上位3つまで、欄内にご記入ください。		
最初のきっかけとなった相手		
日頃の連絡・相談を受ける相手		

《選択肢》

1. かかりつけの医師	2. 施設の医師(配置医)	3. 歯科医師
4. ケアマネジャー	5. 施設の看護職員	6. 施設の介護職員
7. 入所者	8. 入所者の家族	
9. その他(具体的に: _____)	10. 特にいない	

(6) (1)で訪問の実施が「有」の場合、訪問により施設、または利用者にとって改善されたと考えられることについて、
あてはまるものを選択肢からすべて選んで、欄内にご記入ください。

施設側	
利用者側	

《選択肢(施設側)》

1. 薬剤の紛失の減少	6. 職員の業務改善
2. 薬剤の配薬カート等へのセッティングの誤りの減少	7. 施設スタッフの薬剤に関する知識向上
3. 薬剤の誤配の減少	8. その他
4. 持参薬の管理の改善	(具体的に:)
5. 残薬の解消	9. 特にない

《選択肢(利用者側)》

1. 薬剤に係る相談機会の増加	9. 相互作用の回避
2. 薬剤の飲み忘れの減少	10. 誤薬の減少
3. 薬剤の飲み過ぎの減少	11. 服用薬剤に対する理解促進
4. 剤形の変更や服薬方法の工夫により、服薬しやすくなった	12. 介護サービスの質の向上
5. 残薬の解消	13. 重複投薬の改善
6. 服用薬剤の減少	14. その他
7. 服用回数の減少	(具体的に:)
8. 副作用の早期発見	15. 特にない

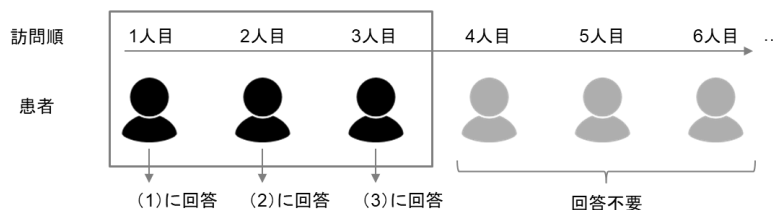
V. 薬剤師による在宅業務の詳細

問 23. 2019 年 7 月の 1 か月間で、在宅業務を最も多く実施した薬剤師を 1 人お選びいただき、その薬剤師が最も多く在宅業務を行った 1 日の、訪問順で最初の 3 件に該当する患者(利用者) (点数を算定しない患者(利用者)も含む)について、以下の A.~M.の問にお答えください。

A.、F 以外は選択肢から指定の数だけ選択し、記号を欄内にご記入ください。

最も多く在宅業務を行った1日

※1 件目の患者(利用者)を(1)、
2 件目の患者(利用者)を(2)、
3 件目の患者(利用者)を(3)
と定義して下さい。



※在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費の算定対象となる建物への訪問についてのみお答えください(介護老人保健施設や特別養護老人ホームへの訪問は含めないでください)。

A. 問 23.を担当される薬剤師の経歴	薬局勤務年数	年	在宅業務経験年数	年
	医療機関勤務経験年数			年

B. 訪問先の属性 (1つ選択)	(1)	(2)	(3)
---------------------	-----	-----	-----

《選択肢》

1. 戸建て	5. 介護付き有料老人ホーム
2. 集合住宅(アパート、マンション、団地等)	6. 住宅型有料老人ホーム
3. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	7. サービス付き高齢者住宅
4. 軽費老人ホーム・養護老人ホーム	8. その他(具体的に:)

C. B で 1 または 2 を選択した患者(利用者)について、同居されている家族の状況をお答えください。(1つ選択)		
(1)	(2)	(3)

《選択肢》

1. 独居	3. 配偶者以外の家族と同居している
2. 配偶者がいる	4. わからない・その他

D. 患者(利用者)の 要介護度 (1つ選択)	(1)	(2)	(3)
-------------------------------	-----	-----	-----

《選択肢》

1. 要支援 1	2. 要支援 2	3. 要介護 1	4. 要介護 2
5. 要介護 3	6. 要介護 4	7. 要介護 5	8. 申請中
9. なし・対象外			

E. 患者(利用者)の主傷病(在宅訪問を行う要因に直結するもの、各患者につき3つまで選択)		
(1)	(2)	(3)

《選択肢》

1. 悪性新生物	8. 内分泌、栄養、代謝疾患(糖尿病を除く)
2. 循環器疾患(心不全、高血圧等)	9. 糖尿病
3. 脳血管疾患(脳梗塞、脳内出血等)	10. 精神系疾患(認知症を除く)
4. 血液・造血器・免疫系疾患	11. 認知症
5. 呼吸器系疾患	12. 皮膚・皮下組織の疾患(褥瘡を除く)
6. 神経系疾患(認知症を除く)	13. 褥瘡
7. 骨折・筋骨格・結合組織系疾患	14. その他

F. 患者(利用者)が服用している処方薬(患者(利用者)が服用しているすべての処方薬を、 一般名 でご記入ください。内服薬だけでなく、注射剤、点滴等も含みます。)		
(1)	(2)	(3)

(1)	(2)	(3)
-----	-----	-----

G. 実施した業務内容(すべて選択)		
(1)	(2)	(3)

《選択肢》

1. 医薬品の供給(調剤した薬剤の配達)	13. 使用薬剤、用法・用量等に関する医師等への照会
2. 薬剤服用歴の管理	14. 医師の診察への同行
3. 薬剤の施設内保管場所への配置	15. 患者(利用者)の状態に応じた医師への処方提案
4. 薬剤のセッティング(配薬カート、カレンダー等)	16. 新規入所者の持参薬の確認
5. 患者(利用者)のベッドサイドへの配薬	17. 麻薬製剤の管理および疼痛管理とその評価
6. 患者(利用者)・家族に対する薬剤の保管・管理に関する指導	18. 服薬状況の確認
7. 施設職員に対する薬剤の保管・管理に関する指導	19. 残薬の確認
8. 服用方法・副作用、生活上の注意に関する指導	20. 患者(利用者)の住環境等を衛生的に保つための指導・助言
9. 使用薬剤の有効性・安全性に関するモニタリング	21. 医療材料の供給
10. 薬剤の重複投与、相互作用等の回避	22. 介護用品、福祉用具の供給・相談応需
11. 副作用の早期発見	23. 不要薬剤の廃棄処理、廃棄に関する指導等
12. ADL, QOL 等に及ぼす使用薬剤の影響確認	24. その他(具体的に:)

H. 日頃患者(利用者)の状態等について連携している主体(すべて選択)		
(1)	(2)	(3)

《選択肢》

1. 医師	2. 歯科医師	3. ケアマネジャー
4. 訪問看護師・准看護師	5. 訪問介護員	6. 患者(利用者)家族
7. その他(具体的に:)	8. 特になし

I. 患者(利用者)宅での滞在時間 (1つ選択)	(1)	(2)	(3)
-----------------------------	-----	-----	-----

《選択肢》

1. 5分未満	2. 5分以上 10分未満	3. 10分以上 20分未満	4. 20分以上 30分未満
5. 30分以上 40分未満	6. 40分以上 50分未満	7. 50分以上 1時間未満	8. 1時間以上

J. この患者(利用者)に対して算定 した点数(あてはまるもの全て選択)	(1)	(2)	(3)
---	-----	-----	-----

《選択肢》

医療 保険	1. 在宅患者訪問薬剤管理指導料	6. 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 (残薬調整以外)
	2. 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	7. 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 (残薬調整)
	3. 在宅患者緊急時等共同指導料	8. 無菌製剤処理加算
	4. (上記1~3のいずれかに対しての) 麻薬管理指導加算	9. 在宅患者調剤加算
	5. (上記1~3のいずれかに対しての)乳幼児加算	
介護 保険	10. 居宅療養管理指導費	
	11. (上記10に対しての)麻薬管理指導加算	
	12. (上記10に対しての)特別地域加算	
	13. (上記10に対しての)中山間地域等における小規模事業所加算	
他	14. (上記10に対しての)中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	
	15. 上記の在宅にかかる点数の算定なし	

K. この患者(利用者)への2019年7月 1か月間における訪問回数(1つ選択)	(1)	(2)	(3)
---	-----	-----	-----

《選択肢》

1. 1回	2. 2回	3. 3回	4. 4回	5. 5回
6. 6回	7. 7回	8. 8回	9. 9回以上	

L. Kの訪問回数のうち、「在宅患者訪問薬剤管理指導料」または「居宅療養管理指導費」を算定していない訪問の回数 (1つ選択)	(1)	(2)	(3)
---	-----	-----	-----

《選択肢》

1. 1回	2. 2回	3. 3回	4. 4回	5. 5回
6. 6回	7. 7回	8. 8回	9. 9回以上	10. 算定していない訪問はない

M. 上記で選択肢 10.以外の場合、算定していない理由(あてはまるもの全て選択)		
(1)	(2)	(3)

《選択肢》

1. 算定要件を満たさない臨時処方薬の指導・管理のため	8. 患者(利用者)の同意を得られていないため
2. 間隔が6日以上空かないため	9. ケアマネジャーの同意を得られていないため
3. 主治医以外の他科からの処方薬の指導・管理のため	10. 月4回(末期の悪性腫瘍及び中心静脈栄養法を除く)を超えたため
4. 医師の往診に同行したため	11. 月8回(末期の悪性腫瘍)を超えたため
5. 医療材料等の配達のみであるため	12. 月8回(中心静脈栄養法)を超えたため
6. 保険薬剤師1人につき週40回を超えたため	13. その他(具体的に:)
7. 医師の指示・同意を得ていないため	14. 特になし

最後に、今後弊社からインタビューのお願いをさせていただく場合がございます。

ご協力いただける場合は、以下にご記入のほどお願い致します。

貴薬局名	
ご住所	
ご回答者氏名	
電子メール	@

アンケートは以上です。返信用封筒にてご返送ください。

ご協力ありがとうございました。

【令和元年度 老人保健健康増進等事業】

地域包括ケアシステムにおける薬剤師の在宅業務に関するアンケート調査

ご記入にあたってのお願い

1. 調査対象およびアンケート回答者

令和元年(2019年)7月1日時点に存在する病院の薬剤部または薬局、診療所(以下、貴院と記載)を無作為に抽出してお送りしています。貴院で実施している在宅業務の内容について把握している薬剤部長・薬局部長・薬剤師、もしくはその代理の職にある方にご記入いただく想定で作成しています。

2. 記入および返信の方法

ご記入いただく筆記用具は、鉛筆、ボールペンなど、どの様なものでもかまいません。

ご記入後は、同封の返信封筒に封入の上、**令和元年9月9日(月)必着**でご返送ください。

3. ご回答いただいた情報について

ご回答いただいた内容は、すべて統計的に処理し、個人または法人が特定できる形で調査票の情報を外部に出したりすることはございません。

ご多忙のところ大変恐縮ですが、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

貴院は薬剤師による在宅業務を実施していますか。あてはまる選択肢に○を付けてください。

在宅業務の実施有無	実施している ・ 実施していない
-----------	------------------

【本アンケートの構成と回答範囲】

構成	ページ	設問番号	実施機関	未実施機関
I. 貴院の概要	2	問 1	●	●
II. 外部環境	3	問 2	●	●
III. 実施している在宅業務	4~11	問 3~16	●	問 11、15、16 のみ
IV. 特養への訪問の実施状況	12~13	問 17	●	●
V. 薬剤師による在宅業務の詳細	14~17	問 18	●	—
ご連絡先	17	—	●	●

※在宅業務の実施の有無によって、「●」の設問にお答えください。

※なお、本アンケートで「居宅療養管理指導」とあるのは、「介護予防居宅療養管理指導」も含まれます。

本調査に関するお問い合わせ先

(株)野村総合研究所 グローバル製造業コンサルティング部

担当: 木島(きじま)、下松(したまつ)、横内(よこうち)

TEL: 070-7530-8968、070-3631-7797 (平日 09:30~18:00)

E-mail: contact-ph-zaitaku@nri.co.jp

I. 貴院の概要 ※2019年8月1日時点の貴院の状況を記入してください。

問 1. 貴院の基本情報をお答えください。

① 所在都道府県・市区町村	都・道・府・県 市・区・町・村		
② 開設年	西 暦	年	
③ 薬剤師による在宅業務を開始した時期	西 暦	年	月
④ 勤務している 薬剤師の人数	勤務している薬剤師	常 勤	人
	勤務している薬剤師のうち、 在宅医療を実施することがある薬剤師	非常勤	人 常勤換算数※ 人
⑤ 処方箋枚数	院内処方	常 勤	人
	院外処方	非常勤	人 常勤換算数※ 人
(6) 開設主体 (1つに○)	1. 国(厚生労働省、国立病院機構、国立大学法人、労働者健康福祉機構等) 2. 公的医療機関(都道府県、市町村、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、 国民健康保険団体連合会等) 3. 社会保険関係団体(全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、 健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合等) 4. 法人(公益法人、医療法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他) 5. 個人 6. その他(具体的に:)		
(7) 同一法人による医療機関数(貴院を含めた数)	施設		
(8) 規模 (1つに○)	1. 400床以上の病院 2. 200床以上 400床未満の病院 3. 200床未満の病院	4. 有床診療所 5. 無床診療所	
(9) 貴医療機関における医師による在宅医療の提供有無	有 ・ 無 ・ 不明		

※: 常勤薬剤師数は 下記の(イ) + (ロ) で算出される数をお答えください。

貴薬局における実労働時間が(イ)週 32 時間以上である保険薬剤師は 1 名とする。

(ロ)週 32 時間に満たない薬剤師は、実労働時間を 32 時間で除した数とする。

以下の(10)～(12)は、(8)で『1.診療所(無床)』以外を選んだ方のみお答えください。

『1.診療所(無床)』を選んだ方は(13)にお進みください。

(10) 届け出ている医療機能 (あてはまるものすべてに○)	1. 高度急性期	2. 急性期
	3. 慢性期	4. 回復期
(11) 届け出ている病床の種類 (あてはまるものすべてに○)	1. 一般病床	2. 療養病床
	3. 精神病床	4. 結核病床
(12) 介護療養病床の有無(1つに○)	1. あり	2. なし

(13)は全員お答えください。

(13) 薬剤師が訪問することがある患者(利用者)の かかっている診療科 (あてはまるものすべてに○)	1. 内科	2. 外科	3. 整形外科
	4. 小児科	5. 眼科	6. 精神科
	7. 産婦人科	8. 耳鼻咽喉科	9. 消化器科
	10. 皮膚科	11. 脳神経外科	12. 麻酔科
	13. その他(具体的に:)		

Ⅱ. 外部環境

問 2. 貴院と周辺の医療機関・介護事業所・高齢者住まいとの関係について、お答えください。

(1) 薬業連携を行っている外部の薬局数を、その薬局との立地関係ごとにお答えください。				
貴院との立地関係	薬局数	貴院との立地関係	薬局数	
1. 貴院前	店舗	4. 遠隔地(患者(利用者)の地元等)	店舗	
2. 貴院の敷地内	店舗	5. その他(具体的に:)	店舗	
3. 医療モール内	店舗			
(2) (1)のいずれかの項目で薬局数を 1 店舗以上と記入した方は お答えください。 薬業連携で扱うことが多い 診療科(3つまで○)		1. 内科	6. 精神科	11. 脳神経外科
		2. 外科	7. 産婦人科	12. 麻酔科
		3. 整形外科	8. 耳鼻咽喉科	13. その他
		4. 小児科	9. 消化器科	14. 診療科に偏りはない
		5. 眼科	10. 皮膚科	15. わからない
(3) 2019年7月1か月間に連絡をとりあった介護事業所・高齢者住まい等について、 各事業所数・施設数をお答えください。				
居宅系	1. 居宅介護支援事業所	事業所	6. 通所介護(デイサービス)事業所	事業所
	2. 訪問介護事業所	事業所	7. 通所リハビリテーション(デイケア)事業所	事業所
	3. 訪問看護事業所	事業所	8. 小規模多機能型居宅介護事業所	事業所
	4. 訪問入浴介護事業所	事業所	9. 看護小規模多機能型居宅介護事業所	事業所
	5. 訪問リハビリテーション事業所	事業所	10. その他(具体的に:)	事業所
施設・住まい	11. 特別養護老人ホーム	施設	16. 軽費老人ホーム・養護老人ホーム	施設
	12. 介護老人保健施設	施設	17. 介護付き有料老人ホーム	施設
	13. 介護療養型医療施設	施設	18. 住宅型有料老人ホーム	施設
	14. 介護医療院	施設	19. サービス付き高齢者住宅	施設
	15. 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	施設	20. その他 (具体的に:)	施設
他	21. 地域包括支援センター	箇所		

Ⅲ. 実施している在宅業務

以降の設問は貴院の実施する在宅業務についてお伺いします。表紙の設問で在宅業務を「実施していない」と回答した方は問 11 にお進みください。

問 3. 2019 年 7 月の 1 か月間で、貴院で算定している在宅業務に係る保険点数について、それぞれの算定回数をお答えください。

保険点数		算定回数
医療保険	1. 在宅患者訪問薬剤管理指導料 単一建物居住者 1 人	回
	2. 単一建物居住者 2～9 人	回
	3. 単一建物居住者 10 人以上	回
	4. (上記 1～3 のいずれかに対しての)麻薬管理指導加算	回
	5. (上記 1～3 のいずれかに対しての)乳幼児加算	回
介護保険	6. 居宅療養管理指導料 単一建物居住者 1 人 ※	回
	7. 単一建物居住者 2～9 人 ※	回
	8. 単一建物居住者 10 人以上 ※	回
	9. (上記 6～8 のいずれかに対しての)麻薬管理指導加算	回
	10. (上記 6～8 のいずれかに対しての)特別地域加算	回
	11. (上記 6～8 のいずれかに対しての)中山間地域等における小規模事業所加算	回
	12. (上記 6～8 のいずれかに対しての)中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	回

※居宅療養管理指導費については、要支援者に対する介護予防居宅療養管理指導費を含みます。
(以降の設問についても、居宅療養管理指導費は介護予防居宅療養管理指導費を含むものとします)

問 4～10 は、在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費の算定対象となる建物への訪問についてお答えください(介護老人保健施設や特別養護老人ホームへの訪問は含めないでください)。

問 4. 2019 年 7 月中の人数について、下記の回数別の人数をお答えください。

	(1) 訪問回数別 人数	(2) (1)のうち	(3) (1)のうち	(4) (3)のうち、	(5) (1)のうち	(6) (5)のうち、
		在宅患者訪問薬剤管理指導料 又は居宅療養管理指導費を <u>算定できなかった</u> 回数別人数	末期の悪性腫瘍 患者への 訪問回数別人数	在宅患者訪問薬剤管理指導料 又は居宅療養管理指導費を <u>算定できなかった</u> 回数別人数	中心静脈栄養法 を行う患者への 訪問回数別人数	在宅患者訪問薬剤管理指導料 又は居宅療養管理指導費を <u>算定できなかった</u> 回数別人数
0 回		人	人	人	人	人
1 回	人	人	人	人	人	人
2 回	人	人	人	人	人	人
3 回	人	人	人	人	人	人
4 回	人	人	人	人	人	人
5 回	人	人	人	人	人	人
6 回	人	人	人	人	人	人
7 回	人	人	人	人	人	人
8 回	人	人	人	人	人	人
9 回	人	人	人	人	人	人
10 回	人	人	人	人	人	人
11 回	人	人	人	人	人	人
12 回	人	人	人	人	人	人
13 回 以上	人	人	人	人	人	人

問 5. 2019 年 7 月 1 か月間に訪問した回数のうち、夜間・休日に訪問した回数(延べ回数※)をお答えください。

夜間・休日に在宅業務を行った回数	回
------------------	---

※例えば、夜間・休日に 1 回訪問した患者(利用者)が 2 人、2 回訪問した患者(利用者)が 1 人の場合、
(1 × 2) + (2 × 1) = 4 回とお答えください。

問 6. 貴院が訪問している患者(利用者)のうち、在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費を算定できないことがある患者(利用者)がいる場合、点数を算定できない理由を以下の選択肢からすべて選び、番号に○をつけてください。(2019年7月の1か月間)

1. 算定要件を満たさない臨時処方薬の指導・管理のため	10. 月4回(末期の悪性腫瘍及び中心静脈栄養法以外)を超えたため
2. 間隔が6日以上空かないため	(在宅患者訪問薬剤管理指導の場合)
3. 主治医以外の他科からの処方薬の指導・管理のため	11. 月8回(末期の悪性腫瘍)を超えたため
4. 医師の往診に同行したため	(在宅患者訪問薬剤管理指導の場合)
5. 医療材料等の配達のみであるため	12. 月8回(中心静脈栄養法)を超えたため
6. 薬剤師1人につき週40回を超えたため	(在宅患者訪問薬剤管理指導の場合)
7. 医師の指示・同意を得ていないため	13. 月2回を超えたため(居宅療養管理指導の場合)
8. 患者(利用者)の同意を得られていないため	14. 特になし
9. ケアマネジャーの同意を得られていないため	
15. その他(具体的に:)

問 7. 貴院が訪問している患者(利用者)の人数を次の属性ごとにお答えください。(2019年7月の1か月間)

(1) 年齢階級別の人数	40歳未満	人	65～74歳	人	85歳以上	人
	40～64歳	人	75～84歳	人		
(2) 要介護度別の人数	要支援1	人	要介護2	人	要介護5	人
	要支援2	人	要介護3	人	申請中	人
	要介護1	人	要介護4	人	不明	人
(3) 主傷病別人数(患者(利用者)ごとに在宅業務を実施する要因に直結するものを1つお選びください。)						
主傷病		人数	主傷病		人数	
悪性新生物		人	内分泌、栄養、代謝疾患(糖尿病を除く)		人	
循環器疾患(心不全、高血圧等)		人	糖尿病		人	
脳血管疾患(脳梗塞、脳内出血等)		人	精神系疾患(認知症を除く)		人	
血液・造血器・免疫系疾患		人	認知症		人	
呼吸器系疾患		人	皮膚・皮下組織の疾患(褥瘡を除く)		人	
神経系疾患(認知症を除く)		人	褥瘡		人	
骨折・筋骨格・結合組織系疾患		人	その他		人	

問 8. 貴院が訪問していた建物の類型ごとに実施状況をお答えください。(2019年7月の1か月間)

建物の類型	訪問者数	訪問建物数 ※	患者(利用者)一人あたりの平均滞在時間(選択肢より1つ選択)
戸建て	人	施設	
集合住宅(アパート、マンション、団地等)	人	施設	
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	人	施設	
軽費老人ホーム・養護老人ホーム	人	施設	
介護付き有料老人ホーム	人	施設	
住宅型有料老人ホーム	人	施設	
サービス付き高齢者住宅	人	施設	
その他(具体的に:)	人	施設	

※報酬上の「単一建物」を1として数えてください。

《選択肢》

1. 5分未満	2. 5分以上10分未満	3. 10分以上20分未満	4. 20分以上30分未満
5. 30分以上40分未満	6. 40分以上50分未満	7. 50分以上1時間未満	8. 1時間以上

問 9. 訪問にかかる片道の移動時間について、所要時間ごとの患者(利用者)数をお答えください。

(2019年7月1か月間)

徒歩・自転車・車などの移動手段は問いません。実際に要した時間で判断してください。

5分未満	人	30分以上40分未満	人
5分以上10分未満	人	40分以上50分未満	人
10分以上20分未満	人	50分以上1時間未満	人
20分以上30分未満	人	1時間以上	人

問 10. 貴院が訪問を始める背景となった患者(利用者)の薬剤管理上の問題点・ニーズ、および現在訪問を続けている背景となる薬剤管理上の問題点・ニーズの内でも多いものを、次の選択肢からそれぞれ最大3つまでお選びください。

訪問を始める背景となった薬剤管理上の問題点・ニーズ	現在訪問を続けている背景となる患者(利用者)の薬剤管理上の問題点・ニーズ
---------------------------	--------------------------------------

《選択肢》

1. ポリファーマシーが疑われる	7. 副作用・相互作用が疑われる
2. 残薬の整理が不十分	8. 服用薬剤に関する患者(利用者)の理解が不足している
3. 患者(利用者)の治療を支援する人がいない	9. 患者(利用者)の見守り、その他身の回りの世話が必要
4. 薬剤の安全性・有効性をモニタリングする必要がある	10. 患者(利用者)が薬剤師との相談機会を求めている
5. 患者(利用者)が医療資材を自力で運搬できない	11. その他(具体的に:)
6. 患者(利用者)が自身の薬剤を管理できていない	12. 特になし

以下の設問においては、「個人居宅」とは、戸建てまたは集合住宅(アパート、マンション、団地等)を指します。その他の高齢者住まい等(在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費の算定対象となる建物に限る)はすべて「施設」として回答してください。

問 11. これまで貴院で個人居宅又は施設への訪問を実施した経験があるかどうかについてお答えください。実施なしの場合、実施していない理由をそれぞれ最大 3 つまで選び、欄内にご記入ください。

類型	実施有無	実施していない理由
個人居宅	有・無	
施設	有・無	

「無」を選択した類型は【問 15, 16】のみご回答ください。

《選択肢》

1. 薬剤師の人手が不足している	10. 患者(利用者)や医師に確認はしていないが必要性を感じていない
2. 医師の指示がない	11. 医師が在宅業務の必要な患者(利用者)を地域の医療機関に連携しているため必要がない
3. 自身の所属する医療機関の理解が得られない	12. 薬剤師が在宅業務の必要な患者(利用者)を地域の薬局に連携しているため必要がない
4. 自院の機能に馴染まない	13. 施設側のニーズがない
5. 患者(利用者)側のニーズがない	14. 近隣に施設がない
6. 在宅医療や訪問に必要となる知識や技術が十分ではない	15. その他(具体的に:)
7. 在宅医療の開始にあたって必要な事務手続きがわからない	16. 特になし
8. 多職種との書類のやり取りなどが煩雑である	
9. 患者(利用者)や医師に確認したが、必要性がなかった	

以下の問 12 から 14 の設問については、問 11 で「有」を選択した類型(個人居宅/施設)についてお答えください。

問 12. 貴院が個人居宅又は施設で実施している業務であてはまるものを全て選び、欄内にご記入ください。

個人居宅	
施設	

《選択肢》

1. 医薬品の供給(調剤した薬剤の配達)	13. 使用薬剤、用法・用量等に関する医師等への照会
2. 薬剤服用歴の管理	14. 医師の診察への同行
3. 薬剤の施設内保管場所への配置	15. 患者(利用者)の状態に応じた医師への処方提案
4. 薬剤のセッティング(配薬カート、カレンダー等)	16. 新規入所者の持参薬の確認
5. 患者(利用者)のベッドサイドへの配薬	17. 麻薬製剤の調剤および疼痛管理とその評価
6. 患者(利用者)・家族に対しての薬剤の保管・管理に関する指導	18. 服薬状況の確認
7. 施設職員に対しての薬剤の保管・管理に関する指導	19. 残薬の確認
8. 服用方法・副作用、生活上の注意に関する指導	20. 患者(利用者)の住環境等を衛生的に保つための指導・助言
9. 使用薬剤の有効性・安全性に関するモニタリング	21. 医療材料の供給
10. 薬剤の重複投与、相互作用等の回避	22. 介護用品、福祉用具の供給・相談応需
11. 副作用の早期発見	23. 不要薬剤の廃棄処理、廃棄に関する指導等
12. ADL, QOL 等に及ぼす使用薬剤の影響確認	24. その他 (具体的に:)

問 13. 貴院が在宅業務を行う際の、多職種や患者(利用者)家族との連携の状況について、お答えください。

(1) 在宅訪問を行う最初のきっかけになったのは誰からの依頼であることが多いですか。 また、日頃連絡や相談を受ける相手としては誰が多いですか。選択肢からそれぞれ 3 つまで欄内にご記入ください。		
個人居宅	最初のきっかけとなった相手	
	日頃の連絡・相談を受ける相手	
施設	最初のきっかけとなった相手	
	日頃の連絡・相談を受ける相手	

《選択肢》

1. かかりつけの医師・歯科医師	2. 薬局薬剤師	3. ケアマネジャー
4. 訪問看護師・准看護師	5. 訪問介護員	6. 施設の看護職
7. 施設の介護職	8. 自院の医師	9. 自院のソーシャルワーカー
10. 自院の看護師	11. 民生委員	12. 行政職員
13. 地域包括支援センターの職員	14. 患者(利用者)	15. 患者(利用者)家族
16. その他(具体的に:)		

(2) 患者(利用者)を訪問する際に、他の職種と同行訪問することがありますか。(2019年7月の1か月間) 「有」を選択した場合は、同行した職種を選んで欄内にご記入ください。			
--	--	--	--

実施有無	有・無	同行した職種(すべて選択)	
------	-----	---------------	--

《選択肢》

1. 医師	2. 歯科医師	3. ケアマネジャー
4. 訪問看護師・准看護師	5. 訪問介護員	
8. その他(具体的に:)		

(3) 多職種と情報のやりとりをする際の手段として頻度の高いものを、各職種につきそれぞれ3つまで欄内にご記入ください。					
---	--	--	--	--	--

	訪問指示の あった医師	訪問看護事業 所の看護職員	訪問介護員	ケアマネジャー	その他 (職種:)
① 訪問結果の 報告・共有					
② ①以外のやりとり					

《選択肢》

1. 地域ケア会議での対面	2. カンファレンスでの対面	3. 電話	4. メール
5. 院内システム・電子カルテ	6. 文書		
7. 地域医療連携システム(システム名※:)			
8. その他 ICT システム・クラウド等(具体的に:)			
9. その他(具体的に:)			

※ 地域で公式な名称が決められている場合はご記入ください。

問 14. 貴院の在宅業務による効果についてお答えください。

(1) 在宅業務を実施したことで結果的に貴院が得たメリットをそれぞれ 3 つまで選び、欄内にご記入ください。(3つまで)

個人居宅	施設

《選択肢》

<ul style="list-style-type: none"> 1. より詳細な患者(利用者)情報(服薬実態など)を把握できるようになった 2. 薬剤師の意識改善につながった 3. 医師を含む多職種と情報交換する機会が増えた 4. 地域包括ケアの輪に参加しやすくなった 5. 医師との関わりが増え、 医師への報告や処方提案をしやすくなった 6. 多職種との関わりが増え、 薬学的専門知識を提供する機会が増えた 	<ul style="list-style-type: none"> 7. 行政との連携が増え、薬学的専門知識を提供する機会が増えた 8. 多職種との関わりが増え、他の職種の専門性を活かした協力体制を築きやすくなった 9. 緊急時に連携できる薬局などの医療機関と関係を築けた 10. 地域医療に貢献できた 11. 医療機関の経営状態が改善した 12. 薬剤師を頼ってくれる患者(利用者)が増えた 13. その他(具体的に:) 14. 特になし
---	--

(2) 在宅業務を行う上で貴院の負担となっていることをそれぞれ 3 つまで選び、欄内にご記入ください。(3つまで)

個人居宅	施設

《選択肢》

<ul style="list-style-type: none"> 1. 来院者への接客の時間が少なくなる 2. 移動時間など作業の無い時間が生じてしまう 3. 多職種の連携のための書類作成・ミーティングなどの準備のために時間を工面する必要がある 4. 残業時間が増える 5. シフトの調整が困難になる 	<ul style="list-style-type: none"> 6. 自院の経営が苦しくなる 7. 在宅業務の営業貢献度が低い 8. 経営者からの理解が得られにくい 9. その他 (具体的に:) 10. 特になし
---	---

(3) 在宅業務を行った結果、患者(利用者)が得られたと思われる意義・メリットをそれぞれ 3 つまで選び、欄内にご記入ください。(3つまで)

個人居宅	施設

《選択肢》

<ul style="list-style-type: none"> 1. 相談する機会が増えた 2. 複数医療機関の処方薬をまとめて管理するようになった 3. 残薬が解消された 4. ポリファーマシーが解消された 5. 副作用を回避しやすくなった 6. 相互作用を回避しやすくなった 	<ul style="list-style-type: none"> 7. 薬識が向上した 8. アドヒアランスの向上につながった 9. 薬剤管理が適正化された 10. 重複投薬を避けられた 11. その他(具体的に:) 12. 特になし
--	--

以下の問 15 と問 16 については、実施の有無にかかわらず、すべての類型についてお答えください。

問 15. 貴院が在宅業務を行う上での問題点として、あてはまるものを 3 つまで選び、番号に○をつけてください。

1. 算定要件を満たさない臨時処方薬が多い	12. 時間が足りない(移動時間が長い等)
2. 保険算定可能な回数では患者(利用者)の健康を守れない	13. 自院の経営が苦しくなる
3. 主治医以外の他科からの処方薬が多い	14. 患者が薬剤師の役割や参画の目的・重要性を理解していない
4. カンファレンス(サービス担当者会議等)を活用できていない	15. 在宅医療に必要な薬剤師の知識や技術が十分ではない
5. 他の職種に薬剤師の参画に必要性を感じてもらえない	16. 契約にかかる手続きが煩雑である
6. 他の職種との連携が不足している	17. 日々の書類のやり取りなどの手続きが煩雑である
7. 他の医療機関との連携が不足している	18. 相談窓口がわかりにくい
8. 医薬品や医療材料等の配達が頻繁である	19. ケアマネジャーの判断基準にばらつきがある
9. 医師の在宅業務への理解が十分ではない	20. その他(具体的に:)
10. 患者が在宅療養を望んでいない	21. 特になし
11. 薬剤師の人手が足りない	

問 16. 今後、在宅業務を行う上で必要だと感じる支援、および選んだ支援のうち国や都道府県に期待する支援を、選択肢からそれぞれ 3 つまで選び、欄内にご記入ください。

必要な支援		必要な支援のうち、 国や都道府県に期待する支援	
-------	--	----------------------------	--

《選択肢》

1. 算定できない在宅業務に対する加算の充実	9. 地域ケア会議等の効果的な事例の紹介
2. 訪問可能回数の上限の緩化	10. 他の職種への薬剤師の役割の周知
3. 薬剤師の学習支援	11. 連携できる他の職種の紹介
4. 薬学部における在宅医療に関する教育の充実	12. 相談できる他の医療機関・施設・薬局の開示
5. 手続きの簡素化、支援ツールの導入	13. 多職種連携の支援・機会作り
6. オンライン技術の導入	14. その他
7. 薬剤師の業務範囲の明確化	(具体的に:)
8. 患者(利用者)への薬剤師の役割の普及	15. 特になし

IV. 特別養護老人ホームへの訪問の実施状況

問 17. 特別養護老人ホームへの訪問の実施状況についてお答えください。(2019年7月1か月間)

(1) 訪問の実施有無	有(⇒(3)~(6)をお答えください) ・ 無(⇒(2)のみお答えください)	
(2) (1)で訪問の実施が「無」の場合、訪問しない理由(3つまで○)(本問回答後は問18へお進みください。)		
1. 薬剤師の人手が不足している	8. 多職種との書類のやり取りなどが煩雑である	
2. 医師の指示がない	9. 患者(利用者)や医師に確認したが、必要性がなかった	
3. 医療機関との連携が取れない	10. 患者(利用者)や医師に確認はしていないが 必要性を感じていない	
4. 薬局の経営に不安が生じるため	11. 施設側のニーズがない	
5. 患者(利用者)側のニーズがない	12. 近隣に施設がない	
6. 在宅医療や訪問に必要となる知識や技術が 十分ではない	13. その他(具体的に:)	
7. 在宅医療の開始にあたって必要な事務手続きが わからない	14. 特になし	
(3) (1)で訪問の実施が「有」の場合、 2019年7月1か月間の訪問者数、訪問施設数をお答えください。		
訪問者数	訪問施設数	
人	施設	
(4) (1)で訪問の実施が「有」の場合、実施業務内容を選択してください。(あてはまるものすべてに○)		
1. 医薬品の供給(調剤した薬剤の配達)	13. 使用薬剤、用法・用量等に関する医師等への照会	
2. 薬剤服用歴の管理	14. 医師の診察への同行	
3. 薬剤の施設内保管場所への配置	15. 患者(利用者)の状態に応じた医師への処方提案	
4. 薬剤のセッティング(配薬カート、カレンダー等)	16. 新規入所者の持参薬の確認	
5. 患者(利用者)のベッドサイドへの配薬	17. 麻薬製剤の管理および疼痛管理とその評価	
6. 患者(利用者)・家族に対しての薬剤の保管・管理に 関する指導	18. 服薬状況の確認	
7. 施設職員に対しての薬剤の保管・管理に関する指導	19. 残薬の確認	
8. 服用方法・副作用、生活上の注意に関する指導	20. 患者(利用者)の住環境等を衛生的に保つための 指導・助言	
9. 使用薬剤の有効性・安全性に関するモニタリング	21. 医療材料の供給	
10. 薬剤の重複投与、相互作用等の回避	22. 介護用品、福祉用具の供給・相談応需	
11. 副作用の早期発見	23. 不要薬剤の廃棄処理、廃棄に関する指導等	
12. ADL,QOL等に及ぼす使用薬剤の影響確認	24. その他(具体的に:)	
(5) (1)で訪問の実施が「有」の場合、訪問を行う最初のきっかけになったのは誰からの依頼であることが多いですか。 また、日頃連絡や相談を受ける相手としては誰が多いですか。それぞれ上位3つまで選び、欄内にご記入ください。		
最初のきっかけとなった相手		
日頃の連絡・相談を受ける相手		

《選択肢》

1. かかりつけの医師	2. 施設の医師(配置医)	3. 歯科医師
4. ケアマネジャー	5. 施設の看護職員	6. 施設の介護職員
7. 入所者	8. 入所者の家族	
9. その他(具体的に:)	10. 特にいない	

(6) (1)で訪問の実施が「有」の場合、訪問により施設または利用者にとって改善されたと考えられることについて、あてはまるものを選択肢から全て選んで、欄内にご記入ください。

施設側	
利用者側	

《選択肢(施設側)》

1. 薬剤の紛失の減少	6. 職員の業務改善
2. 薬剤の配薬カート等へのセッティングの誤りの減少	7. 施設スタッフの薬剤に関する知識向上
3. 薬剤の誤配の減少	8. その他
4. 持参薬の管理の改善	(具体的に:)
5. 残薬の解消	9. 特になし

《選択肢(利用者側)》

1. 薬剤に係る相談機会の増加	9. 相互作用の回避
2. 薬剤の飲み忘れの減少	10. 誤薬の減少
3. 薬剤の飲み過ぎの減少	11. 服用薬剤に対する理解促進
4. 剤形の変更や服薬方法の工夫により、服薬しやすくなった	12. 介護サービスの質の向上
5. 残薬の解消	13. 重複投薬の改善
6. 服用薬剤の減少	14. その他
7. 服用回数の減少	(具体的に:)
8. 副作用の早期発見	15. 特になし

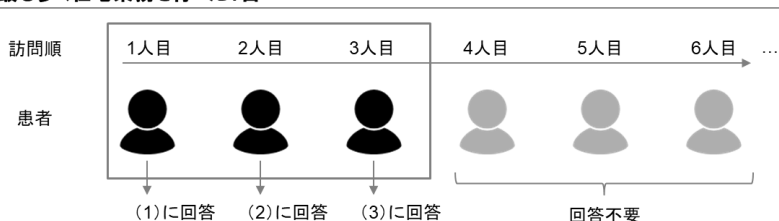
V. 薬剤師による在宅業務の詳細

問 18. 2019 年 7 月の 1 か月間で、在宅業務を最も多く実施した薬剤師を 1 人お選びいただき、その薬剤師が最も多く在宅業務を行った 1 日の、訪問順で最初の 3 件に該当する患者(点数を算定しない患者も含む)について、以下の A.~M.の問いにお答えください。

A.、F.以外は選択肢から指定の数だけ選択し、記号を欄内にご記入ください。

※1 件目の患者(利用者)を(1)、
2 件目の患者(利用者)を(2)、
3 件目の患者(利用者)を(3)
と定義して下さい。

最も多く在宅業務を行った1日



※在宅患者訪問薬剤管理指導料又は居宅療養管理指導費の算定対象となる建物への訪問についてのみお答えください(介護老人保健施設や特別養護老人ホームへの訪問は含めないでください)。

A. 問 18.を担当される薬剤師の経歴	医療機関勤務経験年数		在宅業務経験年数	年
----------------------	------------	--	----------	---

B. 訪問先の属性 (1つ選択)	(1)	(2)	(3)
---------------------	-----	-----	-----

《選択肢》

- | | |
|--------------------------|----------------|
| 1. 戸建て | 5. 介護付き有料老人ホーム |
| 2. 集合住宅(アパート、マンション、団地等) | 6. 住宅型有料老人ホーム |
| 3. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) | 7. サービス付き高齢者住宅 |
| 4. 軽費老人ホーム・養護老人ホーム | 8. その他(具体的に:) |

C. B で 1 または 2 を選択した患者(利用者)について、同居されている家族の状況をお答えください。(1つ選択)

(1)	(2)	(3)
-----	-----	-----

《選択肢》

- | | |
|-----------|--------------------|
| 1. 独居 | 3. 配偶者以外の家族と同居している |
| 2. 配偶者がいる | 4. わからない・その他 |

D. 患者(利用者)の 要介護度 (1つ選択)	(1)	(2)	(3)
-------------------------------	-----	-----	-----

《選択肢》

- | | | | |
|-----------|----------|----------|----------|
| 1. 要支援 1 | 2. 要支援 2 | 3. 要介護 1 | 4. 要介護 2 |
| 5. 要介護 3 | 6. 要介護 4 | 7. 要介護 5 | 8. 申請中 |
| 9. なし・対象外 | | | |

E. 患者の主傷病(在宅訪問を行う要因に直結するもの、3つまで選択)		
(1)	(2)	(3)

《選択肢》

1. 悪性新生物	8. 内分泌、栄養、代謝疾患(糖尿病を除く)
2. 循環器疾患(心不全、高血圧等)	9. 糖尿病
3. 脳血管疾患(脳梗塞、脳内出血等)	10. 精神系疾患(認知症を除く)
4. 血液・造血器・免疫系疾患	11. 認知症
5. 呼吸器系疾患	12. 皮膚・皮下組織の疾患(褥瘡を除く)
6. 神経系疾患(認知症を除く)	13. 褥瘡
7. 骨折・筋骨格・結合組織系疾患	14. その他

F. 患者(利用者)が使用している薬剤(患者(利用者)が使用している 全ての 処方薬を、 一般名 でご記入ください。 内服薬だけでなく、注射剤、点滴等も含まれます。)
--

(1)	(2)	(3)

G. 実施した業務内容(すべて選択)		
(1)	(2)	(3)

《選択肢》

1. 医薬品の供給(調剤した薬剤の配達)	13. 使用薬剤、用法・用量等に関する医師等への照会
2. 薬剤服用歴の管理	14. 医師の診察への同行
3. 薬剤の施設内保管場所への配置	15. 患者(利用者)の状態に応じた医師への処方提案
4. 薬剤のセッティング(配薬カート、カレンダー等)	16. 新規入所者の持参薬の確認
5. 患者(利用者)のベッドサイドへの配薬	17. 麻薬製剤の管理および疼痛管理とその評価
6. 患者(利用者)・家族に対しての薬剤の保管・管理に関する指導	18. 服薬状況の確認
7. 施設職員に対しての薬剤の保管・管理に関する指導	19. 残薬の確認
8. 服用方法・副作用、生活上の注意に関する指導	20. 患者(利用者)の住環境等を衛生的に保つための指導・助言
9. 使用薬剤の有効性・安全性に関するモニタリング	21. 医療材料の供給
10. 薬剤の重複投与、相互作用等の回避	22. 介護用品、福祉用具の供給・相談応需
11. 副作用の早期発見	23. 不要薬剤の廃棄処理、廃棄に関する指導等
12. ADL,QOL 等に及ぼす使用薬剤の影響確認	24. その他(具体的に:)

H. 日頃患者(利用者)の状態等について連携している主体(すべて選択)		
(1)	(2)	(3)

《選択肢》

1. 医師	2. 歯科医師	3. ケアマネジャー
4. 訪問看護師・准看護師	5. 訪問介護員	6. 患者(利用者)家族
7. その他(具体的に:)	8. 特になし

I. 患者(利用者)宅での滞在時間 (1つ選択)	(1)	(2)	(3)
-----------------------------	-----	-----	-----

《選択肢》

1. 5分未満	2. 5分以上 10分未満	3. 10分以上 20分未満	4. 20分以上～30分未満
5. 30分以上 40分未満	6. 40分以上 50分未満	7. 50分以上 1時間未満	8. 1時間以上

J. この患者(利用者)に対して 算定した点数 (あてはまるもの全て選択)	(1)	(2)	(3)
---	-----	-----	-----

《選択肢》

医療 保険	1. 在宅患者訪問薬剤管理指導料
	2. (上記1に対しての)麻薬管理指導加算
	3. (上記1に対しての)乳幼児加算
介護 保険	4. 居宅療養管理指導費
	5. (上記4に対しての)麻薬管理指導加算
	6. (上記4に対しての)特別地域加算
	7. (上記4に対しての)中山間地域等における小規模事業所加算
他	8. (上記4に対しての)中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算
	9. 上記の在宅にかかる点数の算定なし

K. この患者(利用者)の2019年7月 1か月間における訪問回数(1つ選択)	(1)	(2)	(3)
--	-----	-----	-----

《選択肢》

1. 1回	2. 2回	3. 3回	4. 4回	5. 5回
6. 6回	7. 7回	8. 8回	9. 9回以上	

L. Kの訪問回数のうち、「在宅患者訪問薬剤管理指導料」または「居宅療養管理指導費」を算定していない訪問の回数 (1つ選択)	(1)	(2)	(3)
---	-----	-----	-----

《選択肢》

1. 1回	2. 2回	3. 3回	4. 4回	5. 5回
6. 6回	7. 7回	8. 8回	9. 9回以上	10. 算定していない訪問はない

M. 上記で選択肢 10.以外の場合、算定していない理由(あてはまるもの全て選択)		
(1)	(2)	(3)

《選択肢》

1. 算定要件を満たさない臨時処方薬の指導・管理のため	10. 月4回(末期の悪性腫瘍及び中心静脈栄養法を除く)を超えたため (在宅患者訪問薬剤管理指導の場合)
2. 間隔が6日以上空かないため	11. 月8回(末期の悪性腫瘍)を超えたため (在宅患者訪問薬剤管理指導の場合)
3. 主治医以外の他科からの処方薬の指導・管理のため	12. 月8回(中心静脈栄養法)を超えたため (在宅患者訪問薬剤管理指導の場合)
4. 医師の往診に同行したため	13. 月2回を超えたため(居宅療養管理指導の場合)
5. 医療材料等の配達のみであるため	14. その他(具体的に:)
6. 薬剤師1人につき週40回を超えたため	15. 特になし
7. 医師の指示・同意を得ていないため	
8. 患者(利用者)の同意を得られていないため	
9. ケアマネジャーの同意を得られていないため	

最後に、今後弊社からインタビューのお願いをさせていただく場合がございます。

ご協力いただける場合は、以下にご記入のほどお願い致します。

貴院名	
ご住所	
ご回答者氏名	
電子メール	@

アンケートは以上です。返信用封筒にてご返送ください。

ご協力ありがとうございました。

【令和元年度 老人保健健康増進等事業】

地域包括ケアシステムにおける薬剤師の在宅業務に関するアンケート調査

ご記入にあたってのお願い

1. 調査対象およびアンケート回答者

令和元年(2019年)7月1日時点で存在する、特別養護老人ホームを無作為に抽出してお送りしております。ホームで実施されている薬剤師による在宅業務の内容について把握している施設長、もしくはその代理の職にある方にご記入いただく想定で作成しています。

2. 記入および返信の方法

ご記入いただく筆記用具は、鉛筆、ボールペンなど、どの様なものでもかまいません。

ご記入後は、同封の返信用封筒に封入のうえ、令和元年9月9日(月)必着でご返送ください。

3. ご回答いただいた情報について

ご回答いただいた内容は、すべて統計的に処理し、個人または法人を特定できる形で調査票の情報を外部に公開したりすることはございません。

ご多忙のところ大変恐縮ですが、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

【本アンケートの構成と回答範囲】

構成	ページ 番号	設 問 番号	薬剤師による訪問を 受けている場合	薬剤師による訪問を 受けていない場合
I. 貴施設の概要	2	問 1	●	●
II. 薬剤の管理状況	3	問 2	●	●
III. 薬剤師による 訪問業務の状況	4~6	問 3 問 4	問 3 のみお答えください。	問 4 のみお答えください。
IV. 薬剤師が訪問 することの効果	7~8	問 5 問 6	●	問 6 のみお答えください。

※在宅業務の実施の有無によって、「●」の設問にお答えください。

本調査に関するお問い合わせ先

(株)野村総合研究所 グローバル製造業コンサルティング部
 担当: 木島(きじま)、下松(したまつ)、横内(よこうち)
 TEL: 070-7530-8968、070-3631-7797 (平日 09:30~18:00)
 E-mail: contact-ph-zaitaku@nri.co.jp

I. 貴施設の概要 ※令和元年8月1日時点の貴施設の状況を記入してください。

問 2. 貴施設の基本情報をお答えください。

(1) 入所定員・入所者数	入所形態	定員	入所者数／利用者数
	長期入所	人	人
	短期入所	人	人

- ※1. ここでいう「長期入所」とは、介護報酬上の「介護福祉施設サービス費」、「小規模介護福祉施設サービス費」、「ユニット型介護福祉施設サービス費」に該当するものを指します。
- ※2. ここでいう「短期入所」とは、介護報酬上の「(介護予防)短期入所生活介護費」、「(介護予防)ユニット型短期入所生活介護費」に該当するものを指します。

(2) 併設している医療機関の有無(1つに○)	1. 医療機関を併設している	2. 医療機関を併設していない
-------------------------	----------------	-----------------

※ ここでいう「併設」とは、同一法人(法人が異なっても実質的同一経営の場合を含む)が同一又は隣接の敷地内で運営している場合を指します。

(3) (2)で「1. 医療機関を併設している」を選んだ方はお答えください。 併設している医療機関の種類ごとの院外処方の実施状況(1つに○)	病院	1. 実施している 2. 実施していない	診療所	1. 実施している 2. 実施していない
---	----	-------------------------	-----	-------------------------

(4) 貴施設に勤務している職員数を常勤換算(小数点第一位まで)でお答えください。			
職種	人数(常勤換算)	職種	人数(常勤換算)
配属医師	人	看護職員	人
介護職員	人	薬剤師	人
ケアマネジャー	人	生活相談員	人

※ 非常勤者の換算人数については、以下の計算式により計算し、小数点以下第二位を四捨五入し、小数点以下第一位まで計上してください。なお、1カ月に1～3回程度の勤務形態の非常勤者の場合は、下記の計算式を7月1カ月に読み替えて算出してください。

$$\text{換算人数} = (\text{職員の2月15日～2月21日の1週間の延べ労働時間}) \div (\text{事業所が定めている1週間の所定労働時間})$$

例. 1週間の所定労働時間が40時間の事業所において、週30時間労働の職員(非常勤者)が1名、週20時間労働の職員が2名、週15時間労働の職員が1名いた場合の換算人数の計算式は以下の通り。
換算人数 = (30時間×1名+20時間×2名+15時間×1名)÷40時間
= 2.1人

(5) 入所者の要介護度別人数	要介護1	人	要介護4	人	不明	人
	要介護2	人	要介護5	人	申請中	人
	要介護3	人				
(6) 認知症高齢者の日常生活自立度別人数	自立	人	Ⅲ	人	M	人
	I	人	Ⅳ	人	不明	人
	Ⅱ	人				

Ⅱ. 薬剤の管理状況

問 3. 貴施設の長期入所者の薬剤管理状況についてお答えください。

(1) 長期入所者の医療機関の受診状況、薬剤の処方状況などについて、①～③のそれぞれに該当する人数	
① 外部の医療機関を受診している長期入所者数	人
② 配置医師又は外部の医療機関から薬剤を処方されている長期入所者数	人
③ ②のうち、職員による服薬支援が 必要ではない 長期入所者数	人
(2) 貴施設の長期入所者のうち、薬剤を処方されている入所者(問 2(1)②の該当者)について、服用薬剤の種類数として最も多い区分(1つに○) (回答にあたっては概ねの区分で結構です。)	1. 5 種類未満 2. 5～9 種類 3. 10～14 種類 4. 15 種類以上
(3) 貴施設の長期入所者のうち、薬剤を処方されている入所者(問 2(1)②の該当者)の処方医療機関について、 ①～③のそれぞれに該当する人数をご記入ください。 なお、①～③の複数に該当する入所者の場合は、それぞれに人数を計上してください。	
① 配置医師が処方している長期入所者数	人
② 併設医療機関が処方している長期入所者数	人
③ 併設医療機関以外の医療機関が処方している長期入所者数	人
(4) 貴施設の長期入所者のうち、薬剤を処方されている入所者(問 2(1)②の該当者)の薬剤の入手方法について、 ①～③のそれぞれに該当する人数をご記入ください。 なお、複数に該当する場合は、それぞれに人数を計上してください。	
①(院内処方) 医療機関で薬剤を直接入手している長期入所者数※	人
②(院外処方) 薬局のカウンターで入手している長期入所者数※	人
③(院外処方) 薬局の薬剤師が貴施設まで薬剤を届けに来ている長期入所者数	人

※ 家族や貴施設スタッフが本人の代わりに入手している場合も含まれます。

(5) (4)②または③で「1人以上」の場合、 長期入所者の処方箋を受けて調剤している薬局数をご記入ください。	店舗
--	----

Ⅲ. 薬剤師による訪問業務の状況

問 3 は問 2(4)③薬局薬剤師の訪問で人数を 1 人以上回答した方のみお答え下さい。
 薬局薬剤師の訪問を受けていない施設は、問 4 へお進みください。

問 4. 貴施設における薬剤師による訪問業務についてお答えください。

(1) 貴施設に訪問してくる薬局数を①でお答えください。またそのうち頻度が最も高い薬局 5 店舗について、各薬局から訪問している薬剤師数と、各薬局の 1 か月あたりの平均的な訪問頻度をお答えください。各薬局を(1)～(5)と定義してください。

①訪問している薬局数	②訪問に来る薬剤師数	③平均訪問頻度
店舗	(1) 人	(1)
	(2) 人	(2)
	(3) 人	(3)
	(4) 人	(4)
	(5) 人	(5)

《③平均訪問頻度の選択肢》

1. 1 回	2. 2 回	3. 3 回
4. 4 回	5. 5 回	6. 6 回
7. 7 回	8. 8 回	9. 9 回以上

(2) 薬剤師による訪問業務を受けている入居者の傷病のうち多いものに、最大5つまで○をつけてください。

- | | |
|---------------------|------------------------|
| 1. 悪性新生物 | 8. 内分泌、栄養、代謝疾患(糖尿病を除く) |
| 2. 循環器疾患(心不全、高血圧等) | 9. 糖尿病 |
| 3. 脳血管疾患(脳梗塞、脳内出血等) | 10. 精神系疾患(認知症を除く) |
| 4. 血液・造血器・免疫系疾患 | 11. 認知症 |
| 5. 呼吸器系疾患 | 12. 皮膚・皮下組織の疾患(褥瘡を除く) |
| 6. 神経系疾患(認知症を除く) | 13. 褥瘡 |
| 7. 骨折・筋骨格・結合組織系疾患 | 14. その他 |

(3) 訪問する薬剤師が貴施設の中で実施している業務について、

①訪問薬剤師による実施の有無、②訪問の対象となっている入居者数、③訪問薬剤師にかかわらず、施設で当業務を実施している職種、④今後訪問薬剤師による実施を希望するか、をお答えください。

①と④は該当する欄内に○を、②は数字を、③は選択肢からすべて選び、ご記入ください。

薬剤にかかる業務	①訪問薬剤師による実施の有無	②対象となっている入居者数	③訪問薬剤師にかかわらず、施設で当該業務を実施している職種	④今後訪問薬剤師による実施を希望するか
薬剤の供給	有・無・不明	人		する・しない
薬剤の施設内保管場所への配置	有・無・不明	人		する・しない
薬剤のお薬カレンダーや配薬カート等へのセッティング	有・無・不明	人		する・しない
入所者のベッドサイドへの配薬	有・無・不明	人		する・しない
手帳等による服薬中の薬剤の確認	有・無・不明	人		する・しない
入所者、家族、職員との対話	有・無・不明	人		する・しない
服薬指導	有・無・不明	人		する・しない
飲み込み確認	有・無・不明	人		する・しない
残薬の確認・整理	有・無・不明	人		する・しない
服薬状況等の記録	有・無・不明	人		する・しない
入所者、家族、職員への後発医薬品に係る情報提供	有・無・不明	人		する・しない
医師の診察への同席	有・無・不明	人		する・しない
新規入居者の持参薬の整理	有・無・不明	人		する・しない
施設内の薬剤保管場所における薬剤の管理	有・無・不明	人		する・しない
入居者個々が保管する薬剤の管理※1	有・無・不明	人		する・しない
冷暗所保管する薬剤の管理※2	有・無・不明	人		する・しない
麻薬の管理※3	有・無・不明	人		する・しない
その他(具体的に:)	有・無・不明	人		する・しない

※1. 長期入所者の服用する薬剤を、棚や引き出し等で個々の入所者別に区分して管理していることを指します。

※2. 薬剤の種類によって定められている冷所保存や暗所保存の規定に基づき管理していることを指します。

※3. 麻薬保管庫において施錠、麻薬の受け払いの帳簿管理等により管理していることを指します。

《③の選択肢》

1. 配置医師	2. 看護職員	3. 介護職員	4. 自施設の薬剤師
5. 訪問薬剤師以外の外部の薬剤師	6. 不明	7. その他(具体的に:)	

(4) 訪問する薬剤師や訪問元の薬局との連絡手段として多いものに、最大3つまで○をつけてください。		
1. 地域ケア会議での対面	2. カンファレンスでの対面	3. 電話
4. メール	5. 文書	
6. 地域医療連携システム※(システム名: _____)		
7. その他 ICT システム・クラウド(具体的に: _____)		
8. その他(具体的に: _____)		9. 特になし

※ 地域で公式な名称が決まっている場合はご記入ください。

(5) 施設として薬剤師の訪問の受け入れを始めた理由・継続している理由について、選択肢からあてはまるものを全て選び、欄内にご記入ください。	
受け入れを始めた理由	継続している理由

《選択肢》

1. ポリファーマシーが疑われるから	10. 入所者の薬剤の飲み忘れ、飲みすぎを防ぐため
2. 副作用発症を抑制するため	11. 持参薬の整理のため
3. 残薬整理のため	12. 薬局との距離が近いから
4. 服用薬剤に対する入所者の理解を促すため	13. 施設の方針
5. 入所者又は家族が薬局に行くことが困難だから	14. 医療機関からの要請があったから
6. 薬剤の有効性・安全性をモニタリングする必要があるから	15. 施設内の多職種から依頼されたから
7. 入所者の希望	16. 地域で受け入れを進めているから
8. 家族の希望	17. 薬局から連絡・相談があったから
9. 以前の入所先または在宅医療担当者から引き継いだ	18. 特になし
	19. その他(具体的に: _____)

問 4 は問 2(4)③薬局薬剤師の訪問で人数を 0 人と回答した(薬局薬剤師の訪問を全く受けていない)施設のみお答えください。

問 3 に回答した方は、問 5 へお進みください。

問 5. 施設として薬剤師の訪問を受けない理由について、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 人手が足りている	5. 薬剤師が訪問することによる効果がわからない
2. 近隣に薬局がない	6. 以前薬剤師の訪問を受けたが、効果を得られなかった
3. 入所者が希望していない	7. 特になし
4. 薬剤師の訪問業務についてよく知らない	8. その他(具体的に: _____)

IV. 薬剤師が訪問することの効果

問 5 は問 2(4)③薬局薬剤師の訪問で人数を 1 人以上回答した方のみお答え下さい。
 薬局薬剤師の訪問を受けていない施設は、問 6 へお進みください。

問 5. 薬剤師の訪問による効果について、お答えください。

- (1) 薬剤師の訪問により施設が得られた意義・メリットをお選びください。
 また、現時点では効果が得られていないが今後期待する意義・メリットについて、該当欄に○をつけてください。

意義・メリット	得られたもの	現時点では得られていないが 今後期待するもの
1. 薬剤の紛失の減少		
2. 薬剤のセッティングの誤りの減少		
3. 薬剤の誤配の減少		
4. 持参薬の管理の改善		
5. 残薬の解消		
6. 職員の業務改善		
7. 施設スタッフの薬剤に関する知識向上		
8. その他(具体的に: _____)		

- (2) 薬剤師の訪問により入所者が得られたと考えられる意義・メリットをお選びください。
 また、現時点では効果が得られていないが今後期待する意義・メリットについて、該当欄に○をつけてください。

意義・メリット	得られたと 考えられるもの	現時点では得られていないが 今後期待するもの
1. 薬剤に係る相談機会の増加		
2. 薬剤の飲み忘れの減少		
3. 薬剤の飲み過ぎの減少		
4. 剤形の変更や服薬方法の工夫により、 服薬しやすくなった		
5. 残薬の解消		
6. 服用薬剤の減少		
7. 服用回数の減少		
8. 副作用の早期発見		
9. 相互作用の回避		
10. 誤薬の減少		

意義・メリット	得られたと 考えられるもの	現時点では得られていないが 今後期待するもの
11. 服用薬剤に対する理解促進		
12. 介護サービスの質の向上		
13. 重複投薬の改善		
14. その他(具体的に:)		

問 6 は全員お答えください。

問 6. 貴施設が今後、訪問する薬剤師に期待することとして、あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 訪問頻度の増加	
2. 訪問時の滞在時間の増加	
3. 訪問時以外での情報共有	
4. 職員とのコミュニケーションの増加	
5. 薬剤管理等に関する職員向けの研修用教材・資材の作成	
6. 特になし	
7. その他(具体的に:)	

最後に、今後弊社からインタビューのお願いをさせていただく場合がございます。

ご協力いただける場合は、以下にご記入のほどお願い致します。

施設名	
ご住所	
ご回答者氏名	
電子メール	@

アンケートは以上です。返信用封筒にてご返送ください。

ご協力ありがとうございました。

令和元年度 老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

地域包括ケアシステムにおける薬剤師の在宅業務の在り方
に関する調査研究事業

報告書

令和2年3月

株式会社 野村総合研究所

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-9-2
大手町フィナンシャルシティ グランキューブ
TEL : 03-5533-2111(代表)
〔ユニットコード:7284853〕